

THROMBUS PUERPÉRAL

N° 1

DE LA VULVE ET DU VAGIN

(REVUE GÉNÉRALE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 6 NOVEMBRE 1894

PAR

J. CADILHAC

NÉ A CETTE (Hérault)

Ancien interne des hôpitaux de Montpellier

Ancien préparateur de thérapeutique et matière médicale

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie	PAULET (O.* *).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HÉDON.
Pathologie interne.....	N....
Id.	RAUZIER (Ch. du c.)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE	MM. BROUSSE	MM. DUCAMP
BAUMEL	SARDA	RAUZIER
GERBAUD	ESTOR	LAPEYRE
GILIS	LECERCLE	MOITESSIER

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. GRYNFELTT, <i>président</i> .	MM. SERRE, agrégé.
HAMELIN, professeur.	GERBAUD, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage de profonde affection.

**A MONSIEUR LE PROFESSEUR HAMELIN
ET A SA FAMILLE**

Bien sincère gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRYNFELT

J. CADILHAC.

**A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX**

Hommage de vive reconnaissance.

**A MES EXCELLENTS CAMARADES
D'INTERNAT**

A TOUS MES AMIS

J. CADILHAC.

PRÉAMBULE

La rareté du thrombus puerpéral de la vulve et du vagin, et l'absence de travail d'ensemble sur la question, depuis 1884, nous ont engagé à traiter ce sujet, dans notre thèse de doctorat. Nous n'apportons aucune expérience nouvelle. Nous nous sommes borné à essayer une revue générale, aussi complète que possible, une sorte de mise au point de ce chapitre intéressant de l'obstétrique. Nous pensons avoir nettement établi que le thrombus est un terrain sur lequel l'antisepsie a remporté un succès éclatant, après tant d'autres. On en jugera par les chiffres présentés dans ce travail. L'étiologie, si discutée, du thrombus, et le traitement, si utile à tracer d'une façon ferme, sont les chapitres sur lesquels nous avons le plus insisté. L'histoire complète du thrombus forme la première partie de notre thèse.

Dans la seconde partie, nous avons classé les observations. Le dernier mémoire, dû à M^{me} Sasonoff, datant de 1884, nous avons recueilli, dans la littérature médicale, tous les faits publiés depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui. Les observations sont au nombre de quarante-deux : quatorze ont été traduites de l'allemand ou de l'anglais ; quatre sont inédites ; deux antérieures à 1884, ont été ajoutées, parce qu'elles se rapportent au thrombus pédiculé.

En raison de la forme de revue générale donnée à notre thèse, nous avons fait de patientes recherches pour fournir une bibliographie très complète de la question. Aucune indi-

cation bibliographique n'est renfermée dans le texte. Pour trouver la source à laquelle nous avons puisé, il suffira de se reporter à la table alphabétique par noms d'auteurs. A chaque auteur correspond un numéro d'ordre, qui mène à l'index chronologique.

Au moment de terminer nos études médicales, notre pensée est toute de reconnaissance pour nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux, qui, pendant neuf années, nous ont si généreusement fait bénéficier de leur enseignement. Nous remercions surtout ceux qui nous guidèrent pendant notre internat, où se passent les plus douces heures de l'étudiant ; nous avons maintes fois éprouvé leur affection, et nous ne sommes pas de ceux qui oublient leurs dettes.

Nous sommes lié par la gratitude la plus profonde à M. le professeur Hamelin, dont nous avons été le préparateur pendant quatre ans, et qui, durant toutes nos études médicales, nous a prodigué ses excellents conseils. Sa sollicitude pour nous a été inépuisable.

Notre cher maître, M. le professeur Grynfeldt, a largement contribué, par sa bienveillance, à grandir les regrets que nous avons de quitter l'internat. Nous lui sommes très obligé de nous avoir conseillé le sujet de cette thèse et de vouloir bien en accepter la présidence.

Merci à notre ami dévoué, M. le docteur Puech, pour sa précieuse collaboration, à M. le professeur agrégé Gerbaud et à M^{lle} Bazin, sage-femme en chef de la Maternité, qui nous ont fourni deux observations inédites.

Merci enfin à nos excellents camarades d'internat, que nous quittons avec peine, et dont nous garderons le meilleur souvenir.

THROMBUS PUERPÉRAL

DE LA VULVE ET DU VAGIN

(REVUE GÉNÉRALE)

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Définition

C'est à tort que l'on a donné le nom de thrombus à l'hématome des organes génitaux de la femme. La signification du mot thrombus, en pathologie générale, ne saurait s'appliquer aux tumeurs qui vont faire l'objet de ce travail. On sait, en effet, que le thrombus est un caillot formé dans la lumière d'un vaisseau sanguin.

Cette réserve faite, nous conserverons toutefois une appellation depuis longtemps consacrée par l'usage, et sous les noms de *thrombus*, d'*hématome*, de *tumeur sanguine* de la vulve et du vagin, nous étudierons une infiltration ou une collection de sang qui se fait dans le tissu cellulaire des organes génitaux externes de la femme.

Nous ne traiterons pas ici de certaines tumeurs sanguines

ayant leur siège uniquement dans la cavité pelvienne (hématocele péri-utérine, hématome des ligaments larges, etc.), ou autour du col utérin (thrombus utérin). Notre travail visera les tumeurs ayant leur point de départ à la vulve ou dans le vagin, venant toujours bomber dans l'une de ces régions, mais pouvant s'étendre de là jusque dans les cavités pelvienne et abdominale. De là différentes variétés :

- I. Thrombus vulvaire.
- II. — vaginal.
- III. — vulvo-vaginal.
- IV. — vagino-pelvien.
- V. — vulvo-vagino-pelvien.

L'étude de ces différentes variétés sera poursuivie simultanément, mais seulement dans l'état puerpéral et à ses diverses étapes : grossesse, travail, post-partum.

CHAPITRE II

Historique

Le thrombus de la vulve et du vagin paraît avoir été décrit dans les livres hippocratiques, si nous en jugeons par un passage, extrait du livre VI des œuvres du père de la médecine. Au cours de l'énumération des indications thérapeutiques du vinaigre, en applications locales, nous lisons : *και ελκεσι τοις νεοτρωτοις, θρομβοισιν, ου μελασμα αιδοιων* (« Le vinaigre convient aux plaies récentes, aux thrombus, aux cas où il y a noirceur des parties génitales. » Traduction Littré). Le mot de thrombus aurait donc été créé par Hippocrate.

Quoi qu'il résulte de cette obscure donnée bibliographique, il faut arriver au XVI^e siècle pour trouver, dans les œuvres de Rueff (de Zurich, 1554), la première notion précise des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin.

Veslingius (de Padoue, 1664), Peu (1694), Mauriceau (1703), publient des observations se rapportant au même sujet; mais c'est seulement en 1734 que Kronauer (de Bâle) écrit un mémoire sur la question.

Boër reprend cette étude en 1812, et, la même année, paraît la première thèse consacrée au thrombus. Elle est d'Audibert, qui ne peut recueillir que huit observations. C'est une étude très claire des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin seulement, car l'auteur n'y parle pas des thrombus s'étendant à la cavité pelvienne.

En 1821, Legouais, dans l'article du *Dictionnaire en 60 volumes*, apporte des faits nouveaux, essaie une classification et propose le nom de thrombus, qui, d'après certains auteurs, aurait été d'abord employé, en 1750, par Ledran, puis serait tombé en désuétude.

Siebenhaar, en 1824, dans sa thèse inaugurale « sur les tumeurs sanguines du vagin dues à l'accouchement », présente de nouvelles observations.

Vingtrinier, Chaussier, M^{me} Lachapelle, Trumper, Dewees, Guild, etc., publient d'autres faits de thrombus, sans donner d'aperçus originaux sur la question.

En 1830, à la suite d'un fait communiqué à l'Académie par Massot (de Perpignan), Deneux, professeur à la Faculté de Paris, est chargé de rédiger un rapport sur les tumeurs sanguines du vagin. Il écrit, à cette intention, un mémoire de 180 pages, contenant soixante observations et une étude très détaillée de la question, à laquelle peu de choses ont été ajoutées depuis.

Blot, dans sa thèse d'agrégation (1853), ne fait guère que

reprendre le travail de Deneux, en discutant quelques points de détail et en y joignant un certain nombre d'observations.

Laborie (1860) s'attache à élucider le mécanisme de production du thrombus et son siège exact. A la suite de recherches sur le cadavre, il croit pouvoir conclure de ses expériences à l'existence de huit espèces anatomiques. Cette division, uniquement théorique, n'a guère survécu à son auteur.

Tout autre est la valeur des travaux de Perret, consignés par cet auteur, en 1864, dans sa thèse de doctorat. Perret entreprend une série d'injections sur le cadavre et arrive à une conception nette du mode de formation du thrombus, comme nous le verrons plus loin.

Hervieux, dans son *Traité des maladies puerpérales*, en 1870, fait une excellente revue générale de l'hématome de la vulve et du vagin. Il expose avec beaucoup d'ordre l'histoire de la question et présente quelques considérations théoriques nouvelles. Au cours de notre étude, nous ferons de nombreux emprunts à cet auteur.

En 1872, Griffon, dans sa thèse, apporte huit faits nouveaux, dus la plupart à Johnston et Sinclair.

Les thèses de Kuhn (1874), de Girard (1874), de D'Uribe (1876), ne renferment aucune partie originale.

En 1884, M^{me} Sasonoff reprend l'étude du thrombus dans son ensemble. Elle relève les observations publiées surtout en Russie, en Allemagne et en France depuis 1830, au nombre de 85, et les classe dans un tableau détaillé.

En 1886, Lwoff, dans un long mémoire « sur l'hématome des organes génitaux externes et du vagin », ne fait guère que copier M^{me} Sasonoff, mais cite cinq cas intéressants.

Depuis cette époque, nous ne trouvons, éparses dans la science, que de nouvelles observations, sans étude d'ensem-

ble. Citons seulement Budin (1887) et Auvar (1890), qui essaient l'histoire du thrombus pédiculé.

CHAPITRE III

Fréquence

On a beaucoup discuté sur la fréquence du thrombus. Les premiers auteurs l'ont donné comme étant d'une excessive rareté. Deux raisons militent en faveur de cette opinion. D'abord, on a laissé passer inaperçus beaucoup de cas, à une époque où le thrombus était très peu connu. Témoin Formi, qui décrit dans une de ses observations tous les caractères du thrombus et qui l'étiquette ensuite « Gangrène de la grande lèvre ». En second lieu, il faut reconnaître que beaucoup d'observations n'ont pas été publiées, ou n'ont pas été relevées dans les statistiques. Nous avons pu nous assurer qu'il en est ainsi pour les mémoires de Deneux et de M^{me} Sasonoff, en particulier.

Il n'en demeure pas moins vrai, ainsi que nous allons l'établir par des chiffres, que le thrombus est une affection rare. Deneux, en quarante années de pratique, n'en a vu que trois cas; Hervez de Chégoin un seul cas, en vingt ans; Blot, pendant deux années passées à la Maternité de Paris, c'est-à-dire sur un total de 7,000 accouchements, n'en a pas noté un seul cas. D'autres accoucheurs ont été plus heureux. Doléris en a observé 4 cas, Scanzoni 15, Barker 22, Clintock 25, etc.

Mais on ne saurait tabler sur des données aussi peu pré-

cises; nous avons réuni les différentes statistiques établies par les auteurs, et en les additionnant nous sommes arrivé à une moyenne basée sur un nombre de 150,000 grossesses environ. De ces recherches il ressort, ainsi qu'on pourra en juger par le tableau ci-dessous, qu'on rencontre environ 1 cas de thrombus sur 2,200 grossesses.

FRÉQUENCE DU THROMBUS PUERPÉRAL SELON LES AUTEURS

Noms des auteurs	Nombre de cas observés	Nombre de femmes enceintes	Moyenne approximative
Dubois.....	3	14.000	1 pour 4.600
Blot (Maternité de Paris).....	0	7.000	0 — 7.000
Winckel.....	1	1.600	1 — 1.600
Bossi.....	2	5.660	1 — 2.800
Sasonoff.....	1	2.375	1 — 2.300
Hugenberger (Maternité de St-Pétersbourg....	11	14.000	1 — 1.200
<i>Id.</i> (deuxième série)....	8	19.396	1 — 2.400
Maternité de Vienne....	18	33.241	1 — 1.800
Johnston et Sinclair....	7	13.748	1 — 1.800
Hecker.....	2	17.220	1 — 8.600
Bastaki (Maternité de Bucarest).....	2	3.962	1 — 1.900
Spiegelberg.....	3	3.000	1 — 1.000
Auvard.....	1	2.000	1 — 2.000
Charpentier.....	1	1.800	1 — 1.800
Lwoff.....	2	2.100	1 — 1.000
Späth.....	4	6.000	1 — 1.500
TOTAL.....	66	147.102	1 — 2.200

Les mêmes divergences se retrouvent, parmi les auteurs, lorsqu'il s'agit de déterminer la fréquence du thrombus puerpéral comparé au thrombus hors l'état de gestation. Deneux affirme n'avoir relevé qu'un seul cas d'hématome de la vulve et du vagin en dehors de la grossesse et, partant, considère ce dernier comme exceptionnel. Velpeau admet, au contraire,

que le thrombus est beaucoup plus fréquent dans l'état de vacuité de l'utérus. Entre ces deux opinions extrêmes, il est bien difficile de se prononcer. D'ores et déjà, nous pouvons cependant faire remarquer que la tumeur sanguine spontanée des organes génitaux externes est rare en dehors de la gestation, et que l'origine traumatique de l'hématome est à peu près constante, dans ce dernier cas. En outre, chez la femme qui n'est pas enceinte, le thrombus se limite ou à la grande lèvre ou au vagin, et ne s'étend jamais à la cavité pelvienne.

La fréquence des différentes variétés d'hématome est plus aisée à établir. Il ressort, en effet, de toutes les statistiques que le thrombus *vulvo-vaginal unilatéral* est de beaucoup le plus commun. Viennent ensuite, par ordre décroissant, le thrombus *vaginal*, le thrombus *vulvaire*, le thrombus *vulvo-vagino-pelvien* et le thrombus *vagino-pelvien*.

Si l'on envisage maintenant les trois étapes de la puerpéralité, on constate que le thrombus de la grossesse est, de beaucoup, le plus rare. Tout à fait exceptionnel pendant les trois premiers mois de la gestation, il atteint son maximum de fréquence durant les trois derniers mois. Plus communément on le rencontre pendant le travail, surtout à la période d'expulsion. Enfin, dans l'immense majorité des cas, ainsi que nous l'établissons plus loin, le thrombus apparaît après la délivrance.

La littérature médicale ne renferme qu'un nombre relativement faible d'observations de thrombus de la vulve et du vagin. Les cas publiés jusqu'en 1884, époque du dernier travail d'ensemble, s'élèvent au chiffre de 174.

Nous nous sommes efforcé de recueillir tous les cas consignés depuis 1884 et nous en avons réuni 54, ce qui donne un total général de 228 cas. Sur ces 54 cas toutefois, nous n'avons pu consulter que 40 observations. Dans le tableau ci-dessous, nous donnons les noms des auteurs auxquels elles ap-

partiennent et la source à laquelle on pourra les trouver. Les astérisques indiquent que l'observation est contenue dans notre thèse.

Année	Nom de l'auteur	Nombre de cas	Indication bibliographique
1884	Schenck	1	St-Louis Courrier médical.
»	Steiger	2	Correspond. Blatt f. mediz. Aerzte.
1885	* Von Josch	1	Wien. Med. Presse.
1886	* Croom	3	Arch. de toc.
»	* Lwoff	5	Zeitsch. f. Geburts. u. Gynæk.
»	* Roche	5	Thèse Paris.
»	Fleischmann	1	Gaz. méd. de Prague.
»	Dill	1	Tr. acad. Ireland.
1887	* Parker	2	Brit. med. Journ.
»	* Bastaki	2	Arch. roum. de méd. et chirurg.
»	* Grynfeldt	1	Gaz. hebdom. de Montpellier.
»	* Budin	1	Union méd. — Courrier méd.
1888	* Coulhon	1	Gaz. des hôp.
»	* Perreymond	1	Ann. de Gynéc.
1889	* Ehrendorfer	1	Arch. f. Gynæk.
»	Wright	1	Journ. méd. de Montréal.
1890	* Loviot	2	Bull. de la Soc. obst. et gynéc. de Paris.
»	* Chaintre	2	Lyon méd.
»	* Auvar	1	Arch. de toc.
»	* Vincent	1	Soc. nat. de méd. de Lyon.
	Decio	2	Ann. di obst. é ginéc.
1891	* Grandin	1	Amer. Journ. obst.
»	Fedoroff	1	Journ. de St-Pétersbourg.
»	Brooks	1	Maryl. méd. Journ.
1892	* Mann	1	Lancet.
»	* Justo	1	Ann. méd. de la Rép. Argent.
»	* Grosser	1	Halle A. S.
1893	* Huinink	1	Rev. holl. de gynéc.
»	* Murray	1	Amer. Journ. obst.
»	Calvo	1	Rev. méd. de Bogota.
»	Robinson	1	Med. Rec. New-York.
1894	* Cheveleff	1	In Répert. univ. d'obst. et gynéc.
»	* Schreiber	1	Gaz. hebdom. méd. de la Russ. mérid.
»	Goldberg	1	Centralbl. f. Gynæk.

CHAPITRE VI

Étiologie et pathogénie (1)

I. CAUSES PRÉDISPOSANTES	1° générales	- âge. - état du sang. - état des vaisseaux : hémophilie. - maladies organiques du cœur. - complications de la grossesse : éclampsie, épilepsie, etc.
	2° locales	- bassin : rétrécissements. - utérus - gravidité - primiparité. - excès de volume - hydramnios. - gémellité. - contractions des derniers mois de la grossesse. - déviation : antéversion. - corps fibreux. - parties molles - étroitesse. - résistance anormale. - varices de la vulve et du vagin. - fœtus - présentations vicieuses. - positions inclinées de la tête (?). - volume exagéré.
II. CAUSES DÉTERMINANTES		- traumatisme - direct. - indirect. - manœuvres obstétricales. - efforts : vomissements, toux, etc. - commotion morale (?) - distension brusque des parties. - travail prolongé - séjour prolongé de la tête dans l'excavation. - efforts exagérés d'expulsion.

(1) Pour apporter un peu plus de clarté dans ce chapitre, nous avons cru utile de le faire précéder de ce plan général.

Le chapitre que nous abordons est le plus obscur, dans l'histoire du thrombus de la vulve et du vagin. On peut dire qu'en dehors de l'hématome traumatique, toutes les causes que l'on a invoquées, et que nous allons passer en revue, ont une efficacité difficile à contrôler; elles ne sauraient guère agir qu'au titre de prédispositions générales, plus ou moins influentes. C'est assez faire entendre que, dans la majorité des cas, on est autorisé à avancer que le thrombus est spontané.

Examinons d'abord les causes prédisposantes générales.

L'âge a-t-il une part quelconque dans la formation des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin? Perret, sur 23 femmes, donne les chiffres suivants :

de 18 à 21 ans	11 cas
de 22 à 25 ans	5 »
de 26 à 30 ans	7 »

Voici, d'autre part, les résultats de nos recherches à ce sujet. Sur 70 femmes, nous avons relevé :

de 15 à 20 ans	14 cas
de 21 à 25 ans	21 »
de 26 à 30 ans	13 »
de 31 à 35 ans	10 »
de 36 à 40 ans et au delà	12 »

Il semble qu'on puisse déduire de ces chiffres que le thrombus diminue de fréquence à mesure que la femme avance en âge.

L'état du sang a eu le privilège de susciter de nombreuses discussions parmi les auteurs. Massot invoquait la pléthore aqueuse des femmes enceintes, comme cause importante. Blot attribuait un rôle considérable à la diminution des hématies et des sels du sérum et à l'augmentation des leucocytes, pendant la grossesse. Aujourd'hui on est très réservé sur ce chapitre.

Les Allemands ont fait valoir la diminution de l'élasticité et de la résistance des *parois vasculaires*, surtout veineuses, pendant la gestation, sans qu'aucune expérience soit venue autoriser à accepter leur opinion.

Une mention spéciale doit, au contraire, être accordée à cet état dyscrasique héréditaire connu sous le nom d'*hémophilie*. Dans deux cas, très nets, dus à Lwoff (obs. XIV) et à Loviot (obs. XXVII), on pourra juger de son influence funeste sinon sur la production, du moins sur la marche du thrombus.

Les *maladies organiques du cœur* ont été aussi incriminées par certains auteurs, en particulier par M^{me} Renard, qui a publié une observation remarquable de tumeur sanguine chez une cardiaque. Nous n'avons pas relevé d'autre cas de ce genre.

Nous pensons qu'il faut être plus sceptique encore, à l'endroit du rôle attribué par quelques-uns à certaines complications de la grossesse, telles que l'éclampsie, l'épilepsie (Boyer), la néphrite (Cornillon).

Au nombre des causes locales, on a cité quelques cas de *rétrécissement du bassin*. Perret a noté ce dernier 1 fois sur 43 cas de thrombus. Malgré les faits d'Ingleby, de Fichet de Fléchy et de Jacquemier, on ne saurait accorder à ce facteur qu'un rôle très douteux.

Au contraire, il faut reconnaître l'influence générale de la *grossesse* sur la production du thrombus. Malgré la rareté de cette lésion, les auteurs sont à peu près unanimes à convenir que l'état de gestation, par les modifications profondes qu'il amène dans l'appareil circulatoire, localement surtout, est favorable à la formation des tumeurs sanguines. Et pourtant faut-il encore se montrer réservé dans cette opinion.

Jacquemier est un des premiers qui ait mis en lumière la gêne notable de la circulation en retour, dans le petit bassin, pendant l'état de gravidité.

Il nous semble qu'il faut surtout tenir compte de la richesse veineuse, accompagnée peut-être de dilatation (Spiegelberg), et de la laxité particulière du tissu cellulaire péri-vaginal, pendant la grossesse. Que l'on ajoute à cela la tension vasculaire, plus forte à cette période, et l'on aura les causes invoquées par les auteurs, touchant l'action de la gravidité.

Le désaccord recommence lorsqu'il s'agit de déterminer le rôle de la *primiparité*. Deneux nie son influence, s'appuyant sur les chiffres qu'il a relevés: 25 primipares, contre 23 multipares. Blot est du même avis. Perret, prenant seulement les cas de thrombus avec extension intra-pelvienne, conclut que les primipares sont cinq fois plus exposées que les multipares. Nous donnons dans le tableau ci-dessous les chiffres d'autres auteurs et le résultat de nos recherches personnelles, basé sur 56 cas.

PROPORTION DES PRIMIPARES ET DES MULTIPARES ATTEINTES
DE THROMBUS

Auteurs	Primipares	Multipares	Total
Deneux.....	25	23	48
Perret.....	21	5	26
M ^{me} Sasonoff.....	23	41	64
Winckel.....	12	18	30
Statistique personnelle.	35	41	76
Total.....	116	128	244

Il nous paraît bien difficile de tirer une conclusion de ces chiffres. L'excès de pression abdominale, la résistance plus grande des parties vulvo-vaginales, invoqués par les partisans de l'influence de la primiparité (Braun, Hervieux, Perret, Spiegelberg), contre Jacquemier, Winckel, etc., semblent donc n'avoir qu'une action des plus contestables.

Quant à la fréquence du thrombus, suivant le degré de la

multiparité, voici quelques chiffres que nous avons notés ; ils sont peu nombreux, en raison de la rareté des cas dans lesquels le numéro de la grossesse est indiqué :

2 ^e grossesse.	10	6 ^e grossesse.	1
3 ^e —	2	7 ^e —	5
4 ^e —	4	9 ^e —	1
5 ^e —	2	12 ^e —	2

On voit par là que, si le maximum de fréquence du thrombus se rencontre à la seconde grossesse, il ne s'ensuit pas que les autres multipares soient épargnées. Témoins les cas de Lwoff (obs. XIII) et de Parker (obs. XVIII), où l'hématome survint à la douzième grossesse.

Dans quelques observations, on a noté l'*excès de volume de l'utérus*. Mais on ne peut tirer aucune conclusion, touchant le rôle de ce facteur. Baudelocque, Dewees, Galland, etc., ont accusé la gémellité, Pigeon l'hydramnios. Perret a relevé 2 grossesses gémellaires, sur 43 cas de thrombus; M^{me} Sasonoff 10 grossesses gémellaires et 1 grossesse triple, sur 85 cas. Sur 201 cas, nous avons trouvé 16 grossesses doubles.

Certains auteurs ont accordé un rôle prépondérant aux contractions indolores des derniers temps de la grossesse. Ces contractions ayant pour résultat d'évacuer en partie les plexus vasculaires de la paroi utérine, il en résulterait une tension plus grande dans les veines de la vulve et du vagin, d'où rupture plus facile de ces vaisseaux. Dans cette hypothèse, on trouve l'explication rationnelle de ce fait, que le thrombus de la grossesse survient surtout pendant les derniers mois.

Croom, en 1886, ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas de thrombus, chez des femmes en travail dont l'utérus présentait un degré très marqué d'antéversion, est parti de ce fait pour émettre une théorie nouvelle. Il admet que, d'une part, la pression continuelle de l'utérus vers la symphyse

pubienne entraîne un engorgement veineux notable, du côté du petit bassin; d'autre part, que, par suite de l'antéversion utérine, la paroi postérieure du vagin étant fortement tendue, certains vaisseaux de cette paroi, tirillés à l'excès, arrivent à se rompre, au moment de la déplétion utérine. Cette hypothèse ne nous semble guère s'appuyer sur des bases anatomiques bien solides; nous la donnons seulement à titre de curiosité.

Les *corps fibreux* de l'utérus ont été signalés par Porro, comme capables de favoriser la production des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin. Nous n'avons pas l'intention d'insister sur leur rôle possible, dans ces cas, mais nous ne pouvons passer sous silence l'observation (III) remarquable de Von Josch. Cet auteur a eu l'occasion d'examiner un cas de thrombus de la vulve et du vagin, contenant dans sa cavité un fibrome libéré en grande partie de son pédicule. L'hématome s'était formé, au moment de l'expulsion de la tête, autour du fibrome, qui probablement avait été entraîné par cette dernière, du segment inférieur de l'utérus dans le tissu cellulaire de la paroi vaginale. C'est là, du moins, l'explication qu'en donne cet accoucheur.

Le fœtus, à son tour, a été incriminé, sous plusieurs griefs, dans la production du thrombus. Il n'est guère permis de maintenir l'accusation contre les présentations de la face, du siège ou du tronc. Sur le nombre considérable de cas que nous avons relevés, on note seulement 2 faces, 3 troncs et 8 sièges. Les positions inclinées de la tête, signalées par Berdot, ne sauraient être plus coupables. Enfin, on ne doit pas envisager, comme un argument plus sérieux, le volume ou le poids exagéré de l'enfant. Perret s'est attaché à relever avec beaucoup de soin le poids des nouveau-nés dans un grand nombre de cas de thrombus; il en a conclu que la moyenne ne dépasse pas la normale. Il faut peut-être tenir compte des cas dans

lesquels il existait un volume excessif de la tête, ou une ossification prématurée des fontanelles.

Nous ne nous arrêtons pas à deux autres causes, indiquées par certains auteurs : l'étroitesse et la résistance anormale des parties molles. Nous en arrivons à la question si discutée des varices de la vulve et du vagin.

Cet élément était considéré par les premiers auteurs comme une condition *sine quâ non* de formation du thrombus. Ainsi pensaient, en particulier, Deneux et Blot, qui admettaient l'existence de varices profondes, dans tous les cas d'hématome où l'on avait pas relevé la présence de varices superficielles. Depuis cette époque, l'idée chère à ces auteurs a été à peu près abandonnée. Il suffit, en effet, de réfléchir à la fréquence des varices de la vulve et du vagin, comparée à la rareté des tumeurs sanguines de ces parties, pour accorder à ce facteur sa valeur réelle. Toutefois, nous ne nous rallierons pas à l'opinion de Mac-Clintock, qui prétend, au contraire, que l'extensibilité des veines variqueuses est une garantie contre leur rupture. Nous avons fait le décompte des cas où les varices sont indiquées par les auteurs, et nous sommes arrivé au chiffre de 16 seulement sur 201 observations. Voici du reste, à titre de renseignement, les proportions données par les différents auteurs :

FRÉQUENCE DES VARICES DE LA VULVE ET DU VAGIN

Noms des auteurs	Nombre de cas de varices vulvo-vaginales	Nombre de cas de thrombus	Proportion
—	—	—	—
Perret.....	2	43	1 sur 20
Budin.....	8	61	1 — 7
Winckel.....	6	50	1 — 8
Scanzoni.....	1	15	1 — 15
Braun et Hugenberger..	0	11	—
M ^{me} Sasonoff.....	6	85	1 — 14
Statistique personnelle..	16	201	1 — 12

Nous en avons fini avec l'étude des causes prédisposantes ; passons maintenant en revue les causes déterminantes du thrombus.

Mettons en première ligne le *traumatisme*. A l'inverse de ce qui passe pour l'hématome hors l'état de gestation, le traumatisme est rare dans les cas de thrombus du travail et du *post-partum*. Il peut être direct ou indirect. Jacquemier a publié une observation où un timon de voiture avait heurté directement la vulve. D'autres auteurs ont cité la chute sur le siège, les coups sur les fesses ou le ventre (Casaubon), les cahots de voiture (Chaussier), etc. On peut rapporter ici le fait d'Ehrendorfer (obs. XXV), dans lequel le thrombus survint brusquement, au cours de la grossesse, pendant un coït par trop impétueux. Nous avons d'ailleurs noté que, pendant la grossesse, le traumatisme était presque la règle.

Puis viennent les *efforts* de diverse nature. Meissner a cité un cas de thrombus à la suite de quintes violentes de toux ; Populus, un thrombus avec accouchement prématuré, après quelques efforts de vomissements. Ces faits isolés ne sauraient nous autoriser à tirer une conclusion ferme.

Il faut être encore plus sceptique à l'endroit de certaines *commotions morales* (colère, peur, etc.), qui auraient été capables de déterminer la production du thrombus.

Delius, Siebenhaar et d'autres auteurs faisaient jouer, dans l'étiologie du thrombus, un rôle important aux *manœuvres obstétricales* imprudentes ou même normalement exécutées (Wernick). De ce nombre sont les anciennes pratiques destinées à préparer les parties molles à la dilatation. Hervez de Chégoin accusait le forceps ; Jumné, la version. Winckel, sur 58 cas de thrombus, a noté, à l'étiologie, 4 applications de forceps et 1 de levier. Nous n'avons pu réunir, en tout, que 5 versions et 11 interventions au forceps. Notre travail contient une observation de Chaintre (XXVIII), où le thrombus

se produisit après la version, et une autre de Perreymond (obs. XXIV), à la suite du dégagement pénible de la tête, dans un accouchement par le siège.

Dans certains cas, la *distension brusque des parties* semble avoir eu une action efficace sur la production du thrombus. Girard, Braun, Hecker, Hildebrand, admettent l'influence réelle de cette cause. Kucher se rallie à la même opinion, quand il incrimine la descente rapide de la tête. Mann prétend que l'hématome est plus fréquent, dans les cas de travail rapide, ainsi qu'il arriva dans l'obs. XVI de Lwoff, par exemple.

D'autres auteurs accusent, au contraire, la *longue durée du travail* (Cazeaux, Girard, etc.). Et cependant Hervieux ne cite qu'un cas où cette durée fut de trente heures ; Hervez de Chégoin un autre, où elle atteignit trente-deux heures. Ces chiffres ne sont guère probants. Sur 51 cas, nous avons trouvé 22 cas de travail rapide (cinq heures en moyenne), 29 de travail long (douze heures en moyenne). Comment conclure ? Sédillot faisait remarquer que, dans les cas de travail long, les efforts exagérés d'expulsion pouvaient produire le thrombus.

Kronauer nous paraît être plutôt dans le vrai, lorsqu'il accuse le *séjour prolongé de la tête au détroit inférieur*. Il y a là, en effet, un élément favorable à la stagnation sanguine dans les parties vulvo-vaginales. En outre, les parois sont contusionnées, par le fait de cet arrêt de la tête, et la rupture des vaisseaux devient facile. Ainsi s'explique, du reste, la fréquence du thrombus, pendant la période d'expulsion et après l'accouchement.

Avant de terminer ce chapitre, il nous reste à exposer le mécanisme de production du thrombus de la vulve et du vagin.

Pendant la grossesse, le mécanisme est facile à saisir, puisque, dans la plupart des cas, il y a un traumatisme, direct ou indirect, à l'origine.

Il est plus difficile d'expliquer le thrombus, pendant le travail. De nombreuses théories ont vu le jour, à ce sujet. On peut les ramener à deux : celle de Deneux et Blot, et celle de Perret.

Deneux, qui a décrit avec soin le riche plexus veineux des parois vaginales, admet qu'il se produit d'abord un amincissement des tuniques de ces veines, devenues variqueuses. La tête fœtale, dans sa descente, peut même dilacérer ces vaisseaux ; l'hématome se produit par rupture d'une ou plusieurs veines importantes. Blot divise le mécanisme en plusieurs temps : stase sanguine, par gêne de la circulation en retour ; dilatation et amincissement des parois veineuses ; rupture vasculaire et collection sanguine dans le tissu cellulaire.

Perret, pour élucider la question, a fait de nombreuses expériences, au cours d'autopsies de femmes mortes de thrombus. Il injectait de l'eau dans la veine fémorale et voyait le liquide sourdre en nappe à la surface du foyer sanguin. Il en a conclu fort justement, à notre avis, qu'au moment de l'expulsion il se produisait un décollement de la paroi vaginale, une *locomotion exagérée*, selon l'expression de Doléris, et consécutivement une cavité virtuelle. Ce glissement de la paroi sur les tissus voisins entraînait la déchirure d'un grand nombre de vaisseaux et l'hématome se trouvait ainsi constitué.

La théorie de Perret rallie aujourd'hui la majorité des suffrages ; mais il ne faut pas entièrement rejeter celle de Deneux ; il est fort possible que, dans certains cas, toutes deux trouvent leur justification.

Enfin, lorsque le thrombus survient après la délivrance, voici ce qui se produit. Bien qu'un ou plusieurs vaisseaux aient été rompus, dans la période d'expulsion, tant que la tête comprime les parties molles, rien n'apparaît. Ce n'est qu'après

l'accouchement que les caillots fermant l'ouverture du vaisseau se détachent et l'hématome se constitue, à la faveur d'un effort, d'un mouvement, ou même spontanément. Dans les cas où l'apparition du thrombus est très tardive, il est assez rationnel d'admettre que la collection sanguine ne se forme qu'au moment où se détache une portion sphacélée de la paroi vasculaire, qui a été contusionnée pendant l'accouchement.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique

La première question qui se pose ici est le *siège* du thrombus de la vulve et du vagin. Bien des classifications ont été proposées, que nous examinerons au fur et à mesure; mais on peut admettre en principe, avec Pajot, que c'est plutôt le hasard qu'une division anatomique, plus ou moins factice, qui détermine la production du thrombus. Il est possible, à la rigueur, que les tumeurs sanguines de petit volume respectent les plans anatomiques; mais les grands hématomes passent facilement d'une zone dans l'autre, déchirant les tissus qui s'opposent à leur extension.

Dans le tableau ci-dessous, nous avons classé les thrombus par ordre de fréquence, suivant leur siège; il y a, en tout, 175 cas :

Siège du thrombus	Nombre de cas
Grande lèvre droite et vagin.....	57
Grande lèvre gauche et vagin.....	54
Vagin seul.....	39
Extension intra-pelvienne.....	14
Thrombus double.....	11

Le thrombus de la *vulve* siège toujours aux grandes lèvres. Jacquemier a publié un cas de thrombus de la petite lèvre seule, mais cette observation est assez douteuse. Le plus souvent, la tumeur n'occupe qu'une des grandes lèvres. On a beaucoup discuté sur la fréquence plus grande à droite ou à gauche. Boër croyait le thrombus plus commun à droite. Rien ne le prouve. Perret donne 13 thrombus à gauche, pour 11 thrombus à droite. Nos chiffres indiquent une égale fréquence des deux côtés. Beaucoup plus rarement, le thrombus est double (en *fer à cheval* de Doléris). Nous en avons relevé seulement onze cas. Siebenhaar en a publié un cas remarquable. On en trouvera un autre, de Lwoff, à la fin de ce travail (obs. XII). Habituellement, la partie médiane de la tumeur siège au périnée, le fer à cheval est ouvert en haut. Dans un cas exceptionnel de Loviot (obs. XXVI), cette partie centrale occupait la commissure supérieure de la vulve.

De la vulve, la tumeur sanguine gagne fréquemment le périnée, la région fessière et même la surface interne des cuisses. C'est ici le moment de citer les travaux de Laborie, qui classe ainsi les thrombus, suivant leur siège : 1° *Périnéal* (occupant le tissu cellulaire sous-cutané, parfois s'étendant au-dessous de l'aponévrose superficielle); 2° *Sus-périnéal* (au-dessous du feuillet profond de l'aponévrose moyenne, pouvant occuper la cavité pelvienne); 3° *Vaginal intra-pariétal* (disséquant le vagin). Cette division, absolument théorique, a été abandonnée de bonne heure. Hervieux donne une classification plus clinique. Il distingue le thrombus *superficiel*, s'étendant de l'anus au pubis et à la paroi abdominale en haut, latéralement à la région fessière, et le thrombus *profond*, qui peut gagner la fosse iliaque et la cavité pelvi-abdominale.

Le thrombus du *vagin* prend naissance dans le tissu cellulaire sous-pariétal. Perret donne comme fréquence 26/43. Il

siège, le plus souvent, sur les parois latérales ou postérieure, jamais sur la paroi antérieure, en raison des adhérences intimes de celle-ci avec l'urèthre et la vessie (Blot, Hervieux). La tumeur peut rester limitée à la paroi vaginale. Comme exemple de ce fait, nous ne pouvons mieux faire que de citer le *thrombus pédiculé*.

Cette variété d'hématome a été observée, pour la première fois, par Fehling, en 1876 (obs. I). Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, la science ne renferme que cinq autres cas. Ce sont ceux de Johannowsky (obs. II), Reich, Budin (obs. XIX), Auvard (obs. XXX) et Justo (obs. XXXIV).

Le thrombus pédiculé occupe toujours la paroi postérieure du vagin. Il est relié à celle-ci par un pédicule, aplati latéralement et inséré le long de la colonne postérieure. La tumeur proprement dite est très mobile et apparaît souvent à la vulve; elle présente les caractères propres au thrombus. Budin pense que l'hémorragie se produit dans l'épaisseur de cette colonne. Celle-ci peut, d'ailleurs, être anormalement développée, par suite de la disparition incomplète de la cloison qui sépare primitivement les canaux de Müller. Dans le cas de Johannowsky (obs. II), il existait un septum rudimentaire, faisant saillie sur la paroi postérieure du vagin, et c'est sur le bord libre de ce septum que l'hématome s'était développé. Ainsi s'explique la présence du pédicule et sa forme particulière. Il est évident que, si l'hémorragie se déclarait dans le tissu cellulaire sous-vaginal, elle donnerait lieu à une tumeur large, étalée, comme le thrombus vaginal ordinaire.

Parti du vagin, le thrombus peut gagner la vulve. C'est le cas le plus fréquent. Perret l'a noté 16 fois sur 43 observations. Il peut aussi fuser vers la cavité pelvienne (7 fois sur 43); enfin, rarement il s'étend à la fois vers la vulve et vers le pelvis (3 fois sur 43).

Lorsque le thrombus devient pelvi-abdominal, il ne connaît

guère de limites. Il s'étend habituellement à la fosse iliaque (obs. XXII et obs. XL). Le cas de M. Grynfeldt est remarquable à ce sujet. Grandin a vu la tumeur sanguine disséquer les feuillets du ligament large (obs. XXXII). Baudelocque et Chaussier ont constaté, à l'autopsie, le dédoublement des deux feuillets du mésentère. Boër a vu un cas de thrombus, qui avait gagné l'atmosphère celluleuse du rein droit. Enfin Depaul, Cazeaux, Hugenberg, ont trouvé une tumeur sanguine remontant jusqu'au diaphragme.

Le *volume* du thrombus est très variable. Dans certains cas, il est très petit; généralement il représente la grosseur du poing. On le voit varier des dimensions d'un œuf de pigeon (obs. XXXIX) à celles d'une tête fœtale (obs. XLI) et au delà, comme dans le cas de Perreymond (obs. XXIV). La tumeur la plus volumineuse que nous ayons notée est celle de l'observation (XXIII) de Coulhon, qui atteignait la grosseur d'une tête d'adulte.

La *forme* est ordinairement ovoïde, à grand diamètre vertical.

Les *parois* de la poche sont constituées, suivant les dimensions de l'hématome, par les grandes lèvres, le vagin, le périnée, le rectum, les parois de l'excavation, etc., jamais par la vessie. En effet, on n'a pas relevé un seul cas de fistule vésico-vaginale, à la suite du thrombus.

Il résulte naturellement du développement du thrombus une action énergique de compression sur les organes voisins (rectum, urèthre, vaisseaux et nerfs). La paroi du vagin peut acquérir une épaisseur considérable, par suite de l'œdème mécanique, qui envahit aussi fréquemment les petites lèvres et les tissus au voisinage de la tumeur.

Lorsque le foyer a été ouvert, ou lorsqu'il y a eu rupture spontanée, on aperçoit l'intérieur de la cavité bourré de caillots et, après évacuation de ceux-ci, la paroi anfractueuse

bourgeonnante. Lorsque le processus de mortification s'empare du thrombus, il peut y avoir, consécutivement, une perte de substance plus ou moins grande. Dans un cas de Fichet de Fléchy, cité par Perret, la cloison recto-vaginale était détruite et il y avait expulsion simultanée de caillots et de matières fécales.

Lorsque l'hématome prend de graves proportions, ce n'est plus seulement de la compression que les organes voisins ont à souffrir. Les muscles, les aponévroses, les tissus de voisinage sont déchiquetés, ramollis, parfois même réduits en bouillie. Au contact du foyer, le péritoine peut s'enflammer et les auteurs ont cité des cas de mort due à cette complication.

La quantité de sang qui peut s'épancher dans les tissus est très variable, en moyenne de 150 à 1,500 grammes, approximativement. Suivant le moment où l'on examine le thrombus, ce sang peut être entièrement fluide, au début, ou partiellement liquide. D'une façon générale, il est d'abord clair, puis rouge-noirâtre, et devient de plus en plus visqueux jusqu'au moment où se forment les caillots fibrineux élastiques. Il n'est pas rare que le sang ainsi collecté ait une odeur fécaloïde. Parfois, ainsi qu'il arrive pour l'hématocèle ordinaire, la poche s'enflamme et le contenu du foyer aboutit à la suppuration. Presque toujours la guérison s'accompagne de sphacèle partiel.

On a discuté beaucoup pour savoir si le sang du thrombus était fourni par les artères ou par les veines. Osiander prétendait que c'étaient les artères. Blot, Kronauer, Deneux, s'appuyant sur l'absence de battements dans la tumeur, la couleur du sang et la rapidité de l'épanchement, croyaient, au contraire, à la rupture des veines. Les travaux de Perret et de Laborie ont aujourd'hui établi, de façon à peu près certaine, que les artères et les veines, lésées toutes deux, fournissent ensemble le sang de l'hématome.

CHAPITRE VI

Symptomatologie

Le thrombus de la vulve et du vagin débute brusquement, sans prodromes. Au moment où rien ne laissait prévoir son apparition, la femme est prise tout à coup d'une douleur très violente, généralement insupportable, lancinante et accompagnée d'irradiations horriblement pénibles. Toutefois, cette douleur n'est pas absolument constante. Bien qu'elle existe dans l'immense majorité des cas, Chaussier, Dubois, Joerg, Pajot, affirment avoir constaté son absence, au point que la tumeur sanguine pourrait, de ce chef, passer inaperçue. Sans refuser véracité aux faits cités par ces auteurs, nous tenons à faire remarquer que, dans beaucoup de cas de ce genre, ainsi qu'il ressort d'une observation (XV) de Lwoff, l'hématome s'est produit pendant l'expulsion du fœtus. Or il est fort possible qu'à cette période du travail les douleurs violentes qu'éprouve la parturiente se confondent avec celles qui accompagnent la formation de l'hématome.

L'intensité de la douleur est telle, dans certains cas, qu'une ou plusieurs syncopes peuvent survenir, dès le début (Reeve). Au lieu d'être aiguë, la douleur peut être sourde, profonde et se réduire à une sensation pénible de pesanteur. Le point de départ est habituellement à la vulve et au vagin, avec exaspération, à mesure que s'accroît la tumeur sanguine. Les irradiations douloureuses se font vers les lombes, les fosses iliaques, le périnée, les fesses, les cuisses (crampes), etc.

Quelquefois, la douleur fait place à des sensations d'un ordre tout particulier. C'est ainsi que Coutouly rapporte le cas

d'une femme qui éprouvait de véritables piqûres d'aiguilles, Martin parle de sensation de bouillonnement. D'autres auteurs emploient le terme de craquements, etc.

La douleur disparaît habituellement, aussitôt que l'hématome cesse de s'accroître.

Après la douleur, qui précède ordinairement la formation du thrombus, surviennent des phénomènes dus à l'apparition d'une tumeur à la région génitale. Suivant que l'hématome pénètre plus ou moins dans le canal vaginal, il y a une sensation de ténesme (Perret), de prolapsus utérin (Baudelocque), accusée d'autant plus par la femme que la tension et le gonflement des parties molles sont plus considérables. En somme, devant l'obstacle créé par la tumeur sanguine, la femme éprouve les mêmes besoins, si l'hématome est volumineux, qu'au passage des parties fœtales : d'où de véritables efforts d'expulsion.

Une fois la tumeur constituée, voici les caractères qu'elle présente. Prenons le cas le plus ordinaire, celui du thrombus vulvo-vaginal; nous décrirons ensuite les particularités relatives aux autres variétés. L'une des grandes lèvres est le siège d'une tuméfaction lisse, de forme ordinairement régulière, ovoïde, à grand axe vertical, remontant, suivant le cas, jusqu'au mont de Vénus, envahissant en arrière le périnée. L'autre moitié de la vulve est souvent cachée par la tumeur; la petite lèvre du même côté est effacée. L'aspect extérieur est luisant, rouge-violacé au début. A mesure que la tumeur évolue, cette coloration devient de plus en plus foncée, jusqu'au noir. Par points, on aperçoit la peau amincie et menacée de rupture. La limite de la peau et de la muqueuse de la grande lèvre est difficilement appréciable. La teinte des tissus au voisinage est ecchymotique. Dans les parties déclives de l'hématome, cette teinte se rencontre aussi, d'autant plus accusée qu'on se rapproche davantage du périnée.

La consistance générale est élastique; il y a de la rénitence. Toutefois, ce caractère varie, suivant que le sang est franchement collecté ou qu'il y a seulement infiltration de celui-ci dans les mailles du tissu conjonctif. Dans ce dernier cas, la tumeur est beaucoup plus dure; dans le premier, à côté de points rénitents, on trouve des points où la consistance est molle. Assez souvent, il y a une véritable fluctuation, surtout par places, au niveau où se fera probablement la rupture. Il n'est pas rare de percevoir la crépitation sanguine. Il n'y a ni frémissement, ni pulsations. Les prétendues pulsations signalées par certains auteurs, dans les hématomes du vagin, ne sont que des battements artériels normaux.

Les manœuvres de palpation sont, d'ailleurs, très douloureuses.

Si l'on pratique le toucher, on constate que la tumeur s'étend plus ou moins profondément dans le vagin suivant les dimensions du thrombus, occupant la paroi postéro-latérale, jamais la paroi antérieure. La ligne de démarcation profonde est brusque.

Lorsque le thrombus occupe seulement le vagin, il peut ne pas être visible extérieurement, s'il siège profondément ou s'il est de petit volume. Ordinairement il entr'ouvre la vulve. Dans les cas de thrombus pédiculé, le doigt explorateur peut facilement s'assurer de la mobilité de la tumeur autour de son pédicule. Toutes les fois que le thrombus est vaginal, on voit apparaître tardivement la teinte ecchymotique de la grande lèvre.

Si l'hématome vulvo-vaginal s'étend à la cavité pelvienne, le doigt permet de constater, par le toucher, qu'il n'existe pas de limite vers les culs-de-sac. En outre, par la palpation de l'hypogastre et de la fosse iliaque, on peut trouver de l'empâtement; le palper combiné apprend que cet empâtement se continue avec la tuméfaction vaginale (obs. XXII et XL).

L'hémorragie est un symptôme qui peut accompagner la formation du thrombus ; elle est due à la rupture précoce de celui-ci, souvent au moment du passage du fœtus. Bien qu'elle soit relativement rare et peu abondante, elle était très redoutée des anciens auteurs, qui l'ont souvent vue suivie de mort. Peu, Chaussier, Berdot, Malgaigne, Deneux, Perret, etc., ont cité des cas de ce genre. Dans les recherches que nous avons faites, au sujet des cas récents, nous n'avons guère rencontré ce symptôme si grave, dû peut-être à des manœuvres imprudentes. Il n'en est pas de même des hémorragies secondaires, que nous étudierons avec la marche du thrombus.

L'hématome de la vulve et du vagin entraîne des troubles mécaniques, que nous allons envisager successivement, au point de vue de l'accouchement, de la miction, de la défécation et de l'écoulement lochial.

Les premiers auteurs ont beaucoup exagéré les dangers du thrombus du travail, au point de vue de l'accouchement. A part quelques exceptions, l'obstacle est ordinairement faible. Nous ne nions pas les faits de Ledran et de Sédillot, celui de Zeller, où l'hématome, très volumineux, rendait impraticable le toucher vaginal ; mais il faut reconnaître que, maintes fois, l'intervention aurait pu être différée. Populus a réduit le facteur à sa valeur réelle. Il a montré qu'il y avait surtout arrêt du travail par cessation des contractions utérines au moment de la formation du thrombus. C'est donc l'inertie seule qui devra guider l'accoucheur. Le fait se produit surtout dans les accouchements gémellaires, où l'extraction du second enfant est rendue nécessaire (faits de Scanzoni et de M^{me} Sasonoff).

L'obstacle apporté à la *miction* ne nous paraît guère sérieux, malgré l'opinion de Dubois, Dewees, Foulhioux, etc. Coutouly a cité un fait, où l'introduction de la sonde urétrale était impossible (?) On sait que la rétention d'urine est la ré-

gle chez les accouchées ; il faut donc être réservé dans l'appréciation de ce symptôme. La plus longue durée de la rétention que nous ayons relevée n'est que de quarante-huit heures (Coulhon, obs. XXIII).

La même remarque s'applique à la gêne de la défécation.

L'obstacle à l'écoulement lochial mérite plutôt attention. Solayrès, Peu, Delius, Vingtrinier ont publié, à ce sujet, des faits probants, que l'on trouvera rapportés dans le mémoire de Deneux. M^{me} Lachapelle a observé un cas, où la rétention des lochies amena une distension utérine, avec hémorragie interne grave. Dans le cas de Coulhon (obs. XXIII), il y eut rétention totale, pendant quarante-huit heures. Il est incontestable que la présence d'un hématome volumineux, surtout vaginal, est un obstacle considérable à l'écoulement des lochies, si l'on ne prend pas de mesures spéciales.

LES SYMPTÔMES GÉNÉRAUX du thrombus sont ceux qui accompagnent toute hémorragie grave : pâleur extrême de la face, sensation de très grande faiblesse, lipothymies, subdélire, parfois agitation, etc. M^{me} Lachapelle a signalé le début par syncope. Van Delstædt et Laborie ont constaté un violent frisson initial ; Siebenhaar, des nausées. Zeller, Laborie et d'autres auteurs ont vu se produire des convulsions.

Le *pouls* est habituellement petit et fréquent. La *température* ne s'élève guère ; elle peut osciller autour de 38°, au moment de l'évacuation du contenu du thrombus ; mais, en dehors des complications, on ne note pas d'élévation thermique plus forte. Toutefois Parker a publié un cas de thrombus simple, à évolution normale, avec fièvre intense (obs. XVIII).

Perret est le seul auteur qui ait signalé la présence d'un *souffle cardio-vasculaire*, d'origine anémique. Ce symptôme ne saurait trop étonner, si l'on tient compte des cas dans lesquels la déperdition sanguine a été grave.

CHAPITRE VII

Marche. — Durée. — Terminaison. — Complications

Le thrombus de la vulve et du vagin peut survenir pendant la grossesse, pendant le travail, pendant le post-partum. Le plus souvent, c'est immédiatement après la délivrance qu'on le voit apparaître. Dans ces cas, il ne s'écoule ordinairement pas plus d'une à deux heures. Il est pourtant des faits où le thrombus ne s'est formé que bien plus tard. Tandis que Foulhioux dit quelques minutes, Deneux indique cinq heures, Cazeaux neuf heures ; Martin a noté un intervalle de trente-six heures, Dubois de quelques jours, M^{me} Sasonoff de six jours. Ce sont là évidemment des cas exceptionnels. Nous avons vu, en traitant l'anatomie pathologique du thrombus, comment ces faits trouvaient leur explication.

Lorsque l'hématome survient pendant la grossesse, c'est généralement au cours du dernier trimestre, quelquefois pendant le second, jamais durant le premier. Enfin, le thrombus du travail se forme presque toujours pendant la période d'expulsion. Nous avons relevé seulement trois cas, où la tumeur se produisit entre l'expulsion du fœtus et la délivrance. Voici les chiffres donnés, à ce sujet, par Perret :

Thrombus de la grossesse.....	2
— du travail.....	6
— du post-partum.....	35

Sur 166 observations, où le moment d'apparition du thrombus est indiqué, nous avons trouvé les chiffres suivants :

FRÉQUENCE DU THROMBUS, SUIVANT LE MOMENT D'APPARITION

	Moment d'apparition	Nombre de cas
Pendant la grossesse.....	premier trimestre.....	0
	second trimestre.....	7
	dernier trimestre.....	12
Pendant le travail.....	période de dilatation.....	4
	période d'expulsion.....	49
Entre l'expulsion et la délivrance.....		3
Après la délivrance.....	immédiatement après.....	80
	tardivement (plus de 2 heures)	11

Dans les cas d'accouchement gémellaire, M^{me} Sasonoff, sur dix cas, a trouvé les proportions ci-dessous :

Thrombus de la grossesse.....		1
Thrombus du travail.	avant la naissance du premier enfant....	0
	entre la naissance du premier et celle du second.....	6
Thrombus de la délivrance.		3

De même que l'apparition du thrombus est brusque, de même son développement est rapide. Habituellement, c'est en quelques heures que la tumeur atteint son volume définitif. La durée d'accroissement ne dépasse pas douze heures, si nous nous en rapportons à nos recherches.

L'évolution et la terminaison du thrombus peuvent se faire de plusieurs façons :

1° PAR RUPTURE ET ÉVACUATION DES CAILLOTS. — La rupture spontanée du thrombus est certainement le cas le plus fréquent. Elle se produit ordinairement dans les quarante-huit heures qui suivent la délivrance et a lieu vers la face muqueuse des grandes lèvres. Lorsque cette rupture est précoce, elle peut entraîner une hémorragie grave, souvent mortelle, ainsi que Berdot, Chaussier, Barbault, en ont cité des exemples. La rupture survient alors, le plus souvent, au moment

de l'expulsion, pour les hématomes qui se sont formés pendant le travail. Dans un cas remarquable, dû à Lwoff (obs. XIV), la rupture de la tumeur sanguine n'eut lieu que le onzième jour, au moment où la femme venait de quitter le lit. Habituellement, lorsque le thrombus s'ouvre, le sang est à l'état de caillots, qui s'éliminent plus ou moins rapidement, suivant le cas. Si l'hématome forme une poche nettement délimitée, l'élimination des caillots peut se faire en bloc. Si, au contraire, il y a infiltration des mailles du tissu conjonctif, l'évacuation est beaucoup plus lente. Quoi qu'il en soit, à mesure qu'elle s'accomplit, les parois laissées à nu bourgeonnent et ainsi se fait la cicatrisation. Il y a toujours sphacèle d'une portion des tissus, au niveau où la rupture s'est produite. Ce processus, dont la durée varie, suivant l'importance du thrombus, entraîne souvent une légère ascension thermique.

2° PAR RÉSORPTION. — Ce mode de terminaison est rare, ainsi que nous avons pu nous en assurer. La proportion donnée par Perret, de quatre fois sur quarante-trois cas, ne saurait être considérée comme répondant à la réalité. Velpeau, Boër, ont vu la résorption du thrombus. Audibert a publié une observation où elle se fit en cinq jours. D'autres cas doivent aussi être acceptés (Baudelocque, Martin, obs. XXXIX), mais c'est là l'exception. La terminaison par résorption exige, pour se produire, deux conditions : 1° Il faut que le thrombus ait un faible volume ; 2° le sang ne doit pas être collecté en foyer. On conçoit, en effet, qu'une tumeur volumineuse, distendant les parties molles, amène une gêne considérable de la nutrition et une rupture facile des parois de la poche.

3° PAR SUPPURATION. — Ce processus était beaucoup plus commun, avant la découverte de l'antisepsie. Peu, Siebold, Johnston, etc., ont cité des cas de suppuration du thrombus, avec *septicémie* consécutive, promptement mortelle. Dans certains cas, la mort survient par suite de la durée très lon-

gue de cette suppuration, dont la malade ne peut faire les frais. Habituellement, ce n'est qu'après rupture de l'hématome, ou incision par le chirurgien, que la suppuration se déclare. Toutefois Baudelocque l'aurait notée dans un cas de thrombus sans ouverture. Les symptômes généraux qui accompagnent alors l'évolution du thrombus sont ceux de toute formation purulente : frisson, fièvre, etc., En même temps, il y a écoulement de matières sanieuses, d'odeur très fétide, dues, ainsi que dans l'hématocèle suppurée, à l'altération des caillots sanguins de la poche.

Cette terminaison, jadis si redoutable, est aujourd'hui beaucoup moins à craindre. Ingham, Grandin (obs. XXXII), Schreiber (obs. XXXIII) et d'autres auteurs ont vu le thrombus guérir après suppuration.

4° PAR GANGRÈNE. — Le sphacèle total et la gangrène généralisée consécutive sont très rares. Perret et Dubois l'expliquaient par la distension excessive des parties et l'arrêt de la circulation, qui en est la conséquence ; Blot, par la distension et le traumatisme ; Hervieux, par une cause générale, à laquelle il donne le nom de miasme puerpéral et dont le rôle se comprendrait plutôt à propos de la septicémie. Dans les observations que nous publions, et depuis l'ère antiseptique, le sphacèle n'a guère été noté que partiel. Suivant les dimensions de l'hématome de la vulve et du vagin, ainsi que nous l'avons dit plus haut, il survient une mortification plus ou moins étendue de la poche ; mais tout se borne là.

5° PAR ENKYSTEMENT. — Ce mode de terminaison du thrombus, excessivement rare, a été indiqué la première fois par Velpeau ; cet auteur a opéré certains kystes du vagin et de la vulve, à couches stratifiées, qui, d'après lui, se sont développés consécutivement à un hématome. Chéron se range à l'opinion de Velpeau, en se basant sur son observation personnelle.

Les COMPLICATIONS sont relativement rares, dans le throm-

bus. Il faut mettre en première ligne la *péritonite*, dont les premiers auteurs citent d'assez nombreux exemples (Deneux, Ané, Fichet de Fléchy, Dewees, Perret, etc.). Malheureusement, il est bien difficile de discerner les cas où cette complication relevait seulement du thrombus. On sait combien étaient fréquentes, il y a vingt ans, les complications puerpérales épidémiques; d'où impossibilité d'inculper directement le thrombus de la vulve et du vagin. Nous ne voulons pas nier toutefois que le péritoine ne puisse s'enflammer, au voisinage de ces tumeurs sanguines, très étendues, qui envahissent le petit bassin et la cavité abdominale.

Johnston a signalé un cas de *phlébite* mortelle et un cas d'*érysipèle*, à la suite du thrombus. Netzel a observé une femme qui, au sixième jour de son hématome, mourut de *diarrhée profuse*; l'autopsie fut muette. Nous avons déjà indiqué la *septicémie* (obs. XXIII, de Coulhon), qui s'explique, pour certains auteurs, par la présence des vaisseaux béants et de la plaie, souillés par l'écoulement lochial, dans l'état, particulièrement grave, de puerpéralité. Loviot est le seul auteur qui ait observé l'*embolie pulmonaire*, au cours du thrombus (obs. XXVII).

La DURÉE du thrombus est excessivement variable et ne saurait être fixée qu'approximativement. Elle est naturellement subordonnée aux dimensions et au mode d'évolution de l'hématome. En moyenne, elle est de trois jours à six semaines, mais elle peut atteindre deux mois (Perreymond), et trois mois (Macbride). La guérison est rapide, quand le thrombus est de petit volume et que l'évacuation des caillots se fait en bloc; elle est longue, au contraire, quand l'hématome est profond et anfractueux. Sur 61 cas, avec guérison, où la durée est indiquée, voici ce que nous avons noté :

Guérison rapide (moins de 10 jours). . . .	16
—, — de 10 à 30 jours.	37
— — de 30 à 60 jours.	8

Les cas de *récidive* sont excessivement rares. Montgomery, le premier, a observé un hématome, survenu au septième mois de la grossesse, qui reparut vingt-cinq jours plus tard et guérit par deux ponctions. Johnston et Sinclair ont observé deux cas de thrombus récidivé pendant la grossesse, au neuvième mois. Scheider et Dreyer ont vu une tumeur sanguine survenue après la délivrance, qui se reproduisit à l'accouchement suivant. Le cas le plus extraordinaire est celui de Lwoff (obs. XII), où le thrombus récidiva pendant douze fois, à chaque grossesse. La première fois, le thrombus se forma au début du travail, puis, à chaque formation ultérieure, ce fut dès les premières douleurs. En dehors de l'état puerpéral, la femme était bien portante; il n'y avait, au niveau de la vulve, qu'une simple cicatrice.

CHAPITRE VIII

Diagnostic

Sans prétendre, avec Doléris, qu'une erreur de diagnostic est impossible au sujet du thrombus de la vulve et du vagin, on peut dire que ce diagnostic est ordinairement facile.

La préexistence de varices, si chère aux anciens auteurs, ne saurait constituer un guide; mais il est d'autres éléments qui ont une haute valeur. L'apparition dramatique de l'hématome, la douleur aiguë qui l'accompagne, la tuméfaction rapide des organes génitaux, ces trois symptômes, survenant à une période quelconque de l'état puerpéral, constituent un trépied solide, sur lequel on peut d'emblée établir le diagnostic. Les caractères de la tumeur (rénitence, fluctuation par points,

aspect violacé, teinte ecchymotique, etc.), sont autant de facteurs à l'appui ; il en est de même des symptômes généraux. Le toucher vaginal et le toucher rectal permettent de délimiter le siège et les dimensions de l'hématome.

Il est toutefois des cas embarrassants. Lorsque la coloration spéciale manque (Alix, Pacull), ou lorsque le thrombus ne fait saillie que dans le vagin, on peut avoir quelques hésitations. Dans un cas de ce genre, Charles fut obligé de recourir à la ponction, avec un fin trocart. Pareille conduite ne saurait être déconseillée, car elle est inoffensive, si elle s'appuie sur des précautions aseptiques.

Le diagnostic différentiel ne présente pas plus de difficultés. Quoi qu'en dise Casaubon, l'erreur nous paraît difficile, avec les *cystocèle* et *rectocèle*, si l'on a soin d'interroger les antécédents et de pratiquer attentivement le toucher.

Les *tumeurs variqueuses* de la vulve et du vagin sont irrégulières, apparaissent lentement et ne présentent pas la forme de l'hématome.

Le *phlegmon* et l'*abcès des grandes lèvres* ont une marche spéciale et un aspect qui permet de les reconnaître (fièvre, chaleur, rougeur, etc.).

Les *tumeurs du petit bassin* faisant saillie dans le vagin, le *thrombus utérin*, pourront être diagnostiqués par une exploration attentive.

L'*œdème de la vulve*, malgré l'opinion de Kronauer et de Siebenhaar, nous paraît difficile à confondre avec le thrombus vulvo-vaginal.

Enfin, nous ne voulons citer que pour mémoire les erreurs prodigieuses commises jadis : confusion avec les parties fœtales, pendant le travail (Legouais), avec la poche des eaux (Deweese, Fabre), avec l'utérus renversé (Coutouly), avec un prolapsus utérin (Peu), avec une hernie étranglée (Macbride, Cleghorn, Alix, Jacquemier).

CHAPITRE IX

Pronostic

On est très surpris, lorsqu'on passe en revue les statistiques des divers auteurs, de trouver, entre les chiffres que chacun d'eux a fournis, les plus grandes divergences, touchant la mortalité du thrombus. Les anciens accoucheurs donnent une proportion très élevée ; les auteurs récents, au contraire, un chiffre relativement faible. Aussi est-il de toute nécessité de diviser ici en deux l'histoire du thrombus ; période pré-antiseptique, période post-antiseptique.

Il n'est peut-être pas de maladie chirurgicale à l'endroit de laquelle l'antisepsie, cette bienfaitrice insigne, ait été plus généreuse, dans ses bonnes œuvres. Tandis que Deneux (jusqu'à 1830) donne une mortalité de 20 sur 60 et M^{me} Sasonoff (de 1830 à 1884) la proportion de 20 pour 100, au contraire, sur les 40 cas publiés depuis 1884, où l'issue est indiquée, nous n'avons pas un seul décès. Même en ne prenant pas notre statistique comme l'expression absolue de la vérité, en raison des cas mortels ignorés, il faut bien convenir que les choses ont profondément changé, depuis l'application en thérapeutique de la doctrine antiseptique.

Voici, d'ailleurs, les proportions indiquées par différents auteurs :

MORTALITÉ DU THROMBUS SUIVANT LES AUTEURS, JUSQU'EN 1884

Noms des auteurs	Nombre de cas de mort	Nombre de cas de thrombus	Proportion approximative
Deneux.....	22	62	1 pour 3
Blot.....	5	19	1 — 4
Perret.....	18	43	1 — 2.5
Girard.....	12	70	1 — 6
Johnston et Sinclair.....	2	7	1 — 3.5
Winckel.....	6	60	1 — 10
M ^{me} Sasonoff.....	19	78	1 — 4
Total.....	84	339	1 pour 4

Pour apprécier justement le pronostic du thrombus, il faut tenir compte du moment de son apparition, de son siège, de son volume, etc.

Lorsque le thrombus survient pendant la grossesse, il est généralement plus sérieux, au point de vue de l'enfant. Hervieux avance que la tumeur entraîne toujours l'accouchement prématuré et la mort de l'enfant, la mort de la femme, dans les cas graves. Cette opinion est excessive ; nous avons pu nous en convaincre, d'après nos recherches. Il résulte du relevé que nous avons fait que l'accouchement prématuré se produit, au plus, 1 fois sur 7 cas.

Pendant le travail, le thrombus est dangereux, à cause de l'influence fâcheuse de la pression fœtale sur la tumeur, qu'elle expose à la rupture et aux dangers de l'hémorragie. Bien que le travail soit plus long, on n'admet plus aujourd'hui, contrairement à l'opinion de Perret, qu'un thrombus, même volumineux, constitue un obstacle insurmontable à l'accouchement. Toutefois, l'enfant a naturellement à souffrir de la longueur de l'expulsion, dans certains cas. La mortalité du fœtus est, du reste, très faible.

Après la délivrance, le thrombus est grave surtout lorsqu'il s'étend à la cavité pelvi-abdominale. Dans les circonstances ordinaires, l'hémorragie est peu considérable, et les tumeurs de petit volume, occupant le vagin, peuvent passer inaperçues.

Envisageons maintenant le pronostic, suivant la variété de l'hématome. Lwoff nous dit que le pronostic doit être réservé : 1° pour les grands hématomes, sans cavité limitée, fusant dans le tissu cellulaire pelvien, fréquemment suivis de complications septicémiques ; 2° pour les vastes tumeurs sanguines du vagin difficiles à désinfecter. Il admet, en outre, la gravité de ces cas particuliers, dans lesquels il y a toxicité des lochies, le troisième jour. Cette dernière proposition est à

accepter sous toutes réserves. Le thrombus le moins sérieux est celui qui siège à la vulve et sur l'une des faces latérales du vagin.

La mort, dans le thrombus, peut survenir : 1° par hémorragie, avec ou sans ouverture de la tumeur ; 2° par septicémie ou suppuration prolongée de la poche ; 3° par d'autres complications, plus rares (péritonite, phlébite, etc.).

Voici la proportion des morts par hémorragie ; les chiffres ci-dessous affirment, en outre, l'heureuse influence de la méthode antiseptique, ainsi que nous l'exposons au début :

CAUSES DE LA MORTALITÉ DANS LE THROMBUS

Causes	Jusqu'en 1830 (62 cas)	De 1830 à 1884 (112 cas)	De 1884 à 1894 (40 cas)
Hémorragie.....	10	8	0
Septicémie et autres complications.....	12	21	0
TOTAL.....	22	29	0
Proportion :	1/3	1/4	

Il y a donc loin de la proportion que nous fournissons aux chiffres donnés par les premiers auteurs qui ont écrit sur le thrombus. Sans aucun doute, l'effrayante mortalité des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, à l'époque où écrivait Deneux, et après lui, doit être mise en grande partie — nous l'établirons au chapitre suivant — sur le compte des manœuvres imprudentes ou septiques, pratiquées alors. De sorte qu'à l'heure présente, on est autorisé à dire que le pronostic du thrombus est relativement bénin.

CHAPITRE IX

Traitement

I. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE (?) (s'adresse aux varices)	1. Éviter constriction et efforts de tous genres.				
	2. Soutien et compression des varices.				
	3. Ceinture hypogastrique.				
	4. Saignée. { a) générale. b) des varices mêmes !				
	5. Repos horizontal.				

II. TRAITEMENT CURATIF	<i>α. Général: Tonique reconstituant ; traitement de l'anémie grave.</i>				
	<i>β. Local</i>	<i>A. L'hématome est simple</i>	1° Non ouvert	{ Indications principales Indications accessoires	ne pas inciser.
					pansement humide antiseptique. irrigations vaginales.
			2° Ouvert	{	éviter { mouvements : repos absolu.
					efforts { défécation : purgatifs.
					de tous genres { miction : cathétérisme. expulsion fœtale : forceps. veiller aux lochies.
				{	irrigations antiseptiques dans la cavité.
					ne pas décoller les caillots.
					agrandir l'ouverture, s'il est nécessaire.
					tamponnement à la gaze et drainage.
pansement humide antiseptique.					
	<i>B. L'hématome se complique</i>	1° d'hémorrhagie	{	astringents.	
				glace.	
		2° de sphacèle ou de suppuration	{	ouvrir { eau très chaude.	
				caustiques.	
				ponction. incision.	
		{	drainer et irriguer.		
			pansement humide antiseptique.		
3° de septicémie, péritonite, phlébite, etc. : Traitement spécial à chaque cas.					

Le traitement du thrombus se divise en prophylactique et curatif. Hâtons-nous de dire que le premier nous paraît bien illusoire. Toutefois nous allons passer en revue les différents moyens conseillés par les auteurs. Tous s'adressent aux varices.

Perret, qui a une grande confiance dans ce traitement *prophylactique*, a conseillé, chez les femmes atteintes de varices, d'éviter soigneusement tout effort (cris, vomissements, efforts de miction et de défécation, d'expulsion pendant le travail). Il engage, avec juste raison, du reste, les mêmes femmes à ne pas serrer leur taille pendant la grossesse. C'est l'avis de tous les prédécesseurs de Perret. Chailly a conseillé le soutien et la compression des varices ; Blot, la ceinture hypogastrique et les purgations répétées ; Siebold, le repos horizontal. Ces moyens sont d'une efficacité douteuse ; en tous cas, ils ne sont pas nuisibles. Nous ne saurions en dire autant de la saignée générale, fréquente et copieuse, conseillée par Peu et par Deneux, et surtout de la saignée des varices même (!), proposée par Blot, sous le prétexte spécieux qu'il est plus facile d'arrêter l'hémorragie, lorsqu'un seul vaisseau est ouvert.

Le traitement *curatif* se divise en deux : traitement général, traitement local.

Le traitement *général* est simple. C'est, en somme, celui de toute hémorragie grave. On aura recours, contre les symptômes qui accompagnent la déperdition sanguine, aux ressources variées de la médication tonique reconstituante. Si quelque complication (septicémie, péritonite, etc.) se déclare, la même médication sera mise en œuvre avec utilité. Contre la douleur, on emploiera les moyens habituels. Nous n'avons pas, du reste, à entrer ici dans les détails.

Le traitement *local* mérite, au contraire, de fixer longuement notre attention. Il a si largement bénéficié des doctrines modernes que nous croyons utile de formuler au début

de ce chapitre la proposition suivante : Attendre et faire une antiseptie aussi rigoureuse que possible. La plupart des auteurs, Hervieux en tête, ont divisé le traitement du thrombus vulvo-vaginal, suivant l'époque de son apparition. Nous avons préféré étudier les indications, d'après la marche de l'hématome (simple ou avec complications), ainsi que l'indique le plan mis au début de ce chapitre. Il nous semble qu'en suivant cet ordre, nous nous exposerons moins aux redites et qu'une plus grande clarté en résultera pour le lecteur.

Envisageons le cas le plus simple. L'hématome vient de se former, mais n'est pas ouvert. Les auteurs sont assez unanimes à adopter l'expectation, aidée des résolutifs, si l'hématome survient pendant la grossesse. Si, au contraire, le thrombus se forme pendant le travail, voici que les dissidences se produisent entre eux. Deneux, Scanzoni, Hugenberg, Netzel, etc., sont partisans de l'incision précoce et s'appuient sur les raisons suivantes : 1° Il est indispensable d'évacuer le thrombus, qui constitue un obstacle grave à l'accouchement ; 2° on empêche, par l'incision, l'extension de la tumeur sanguine à la cavité pelvi-abdominale ; 3° même en cas d'hémorragie, la perte de sang n'est pas plus abondante que si l'on incise quelques jours plus tard ; 4° par l'incision, on prévient la suppuration et les complications septicémiques.

Dans le camp opposé se rangent Schröder, Hervieux, Wernich, Winckel, Olshausen, qui trouvent ces raisons précaires et répondent : 1° L'obstacle à l'accouchement, créé par le thrombus, est minime, et, lorsqu'il existe, on peut sans inconvénient recourir au forceps ; 2° c'est une erreur de supposer que l'incision prévient l'extension intra-pelvienne ; 3° l'incision expose à une hémorragie beaucoup plus grave, si elle est faite prématurément, et, dans ce cas, le danger est singulièrement accru par la nécessité du tamponnement ; 4° les chances de complications septiques ne peuvent qu'être augmentées par le fait de l'incision.

Inutile de faire ressortir combien la première école est dans l'erreur et la faiblesse des raisons qu'elle invoque. Aujourd'hui, de pareilles idées ne sauraient se soutenir ; depuis l'ère antiseptique, le doute n'est plus permis. Aussi nous rattachons-nous pleinement à l'école adverse, qui a réfuté de façon très rationnelle les arguments des partisans de l'incision dans le thrombus.

Ainsi que pour les hématomes en général, l'expectation antiseptique est commandée, devant une tumeur sanguine vulvo-vaginale. Cette tumeur ne saurait être traitée autrement que le céphalématome, par exemple, sur la thérapeutique duquel tout le monde est d'accord.

Deux dangers immédiats résultent, en effet, de l'incision. Une hémorragie, toujours grave, mortelle dans certains cas, en est la conséquence. En outre, pour arrêter cette hémorragie, on doit recourir au tamponnement ; or ce dernier est particulièrement à redouter dans le thrombus, au début. Faute de pouvoir tamponner assez haut, on a vu, à plusieurs reprises, à l'hémorragie externe succéder une hémorragie interne, qui a eu les conséquences les plus funestes. Le second danger est l'infection de la poche et la septicémie. En admettant, en effet, que les précautions aseptiques les plus minutieuses aient été prises, au moment de l'incision, il n'en est pas moins vrai qu'on ouvre ainsi une brèche à la suppuration, étant donné surtout les susceptibilités particulières de la femme dans l'état puerpéral.

Dans un seul cas, nous sommes, avec Lwoff, partisans de l'incision : lorsque le thrombus, très volumineux, crée un obstacle par trop durable à l'accouchement et quand, d'autre part, la vie de l'enfant est compromise. Encore peut-on discuter la conduite à tenir, dans ce cas exceptionnel.

Ce n'est pas que nous repoussions absolument l'incision. Nous pensons, ainsi que Girard, qu'elle est utile, dans certaines circonstances, qui seront exposées plus bas.

Comment doit-on se comporter devant un hématome simple, non ouvert? Le meilleur traitement, à notre avis, est le pansement humide antiseptique, fréquemment renouvelé, enveloppant complètement l'hématome. Ce pansement peut être réalisé avec un gâteau de coton hydrophile, imbibé d'une solution tiède de sublimé ou d'acide phénique. De cette façon, à l'action antiseptique on joint une action résolutive. A ce moyen on ajoutera les irrigations vaginales, qui sont indispensables, dans les cas de thrombus profonds, et qui maintiendront le vagin dans un état d'asepsie aussi satisfaisant que possible. Après l'accouchement, en particulier, on devra veiller avec soin à ce que l'écoulement des lochies se fasse librement.

Dans les hématomes ayant gagné la cavité pelvi-abdominale, on pourra avantageusement faire appliquer sur le ventre de grands cataplasmes antiseptiques. Enfin on évitera à la malade les efforts de tous genres. Le repos absolu devra être observé. Les purgatifs répétés et le cathétérisme préviendront les efforts de défécation et de miction. Si le thrombus survient pendant le travail, on sera autorisé à abréger la durée de l'expulsion, par l'intervention manuelle ou le forceps.

Mais voici un certain temps écoulé : le thrombus s'est ouvert spontanément. Quelle conduite faut-il tenir? L'accoucheur doit se proposer un but, assurer la libre évacuation de la poche et l'expulsion la plus rapide des caillots. Si l'orifice est insuffisant, il ne faudra pas hésiter à l'agrandir. Tandis que l'on continuera les irrigations vaginales, on fera de soigneux lavages répétés dans l'intérieur de la tumeur. On tamponnera la cavité à la gaze antiseptique et on établira même, grâce à cette dernière, une sorte de drainage. Dans aucun cas, on ne devra trop insister pour décoller les caillots; cette manœuvre pourrait être le point de départ d'une hémorragie secondaire grave et cette hémorragie n'est pas rare. De

même que ci-dessus, on appliquera un pansement humide antiseptique.

Passons maintenant aux complications capables de survenir. Contre l'hémorragie, on pourra recourir aux astringents. Le perchlorure de fer, conseillé par Chassagny et Fehling, le sesquichlorure de fer (Amann, Spiegelberg), ont l'inconvénient de déterminer la formation de caillots adhérents, dont l'élimination est très lente. Les applications de glace, les irrigations très chaudes sont des moyens généraux toujours utiles. Le tamponnement sera fait avec certaines précautions : pour éviter l'hémorragie interne, on devra tamponner très haut et avec soin, en commençant par le fond du vagin.

Si l'hématome suppure, il ne faudra pas hésiter à l'ouvrir. Plusieurs moyens s'offrent : les caustiques (dont l'action est bien lente), la ponction (qui sera souvent insuffisante, la poche se nettoyant incomplètement) et enfin l'incision. Velpeau a bien fixé les conditions dans lesquelles celle-ci devra être faite. Elle se rapprochera le plus possible du liseré muqueux (*lieu d'élection*), ou devra être pratiquée au point le plus menacé de sphacèle et de rupture (*lieu de nécessité*). Elle sera étendue, pour assurer le nettoyage complet de la poche. Perret et Vincent conseillent de faire une contre-ouverture et un drainage, afin de faciliter l'écoulement. Ollier propose de faire aboutir les tubes à drainage non au dehors, mais dans la gaze qui remplit le vagin, pour éviter toute souillure. Quelques injections irritantes modifieront avantageusement les parois de la poche. Lwoff emploie les tampons d'ouate glycéro-iodoformée.

Enfin, si la septicémie, la péritonite, la phlébite, etc., se déclarent, on emploiera le traitement habituel de ces complications.

CONCLUSIONS

I. — Le thrombus puerpéral de la vulve et du vagin est une maladie rare, qui peut survenir pendant la grossesse, pendant le travail, pendant le post-partum. On le rencontre environ 1 fois sur 2,200 femmes enceintes.

II. — Le thrombus apparaît en général spontanément. Son étiologie est très obscure.

III. — Le thrombus est un hématome ordinairement sessile, quelquefois pédiculé, qui siège habituellement dans le tissu cellulaire péri-vaginal, mais qui peut gagner la cavité pelvi-abdominale.

IV. — Trois symptômes, le début très brusque, la douleur suraiguë, la tuméfaction violacée, permettent de faire un diagnostic rapide.

V. — Le thrombus dure en moyenne de trois à quatre semaines.

VI. — Le pronostic, jadis très grave, est aujourd'hui relativement bénin, depuis la découverte de l'antisepsie. Les complications sont rares.

VII. — Le traitement est celui des hématomes en général. Antisepsie locale rigoureuse. Expectation. Incision seulement lorsqu'une complication se déclare.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Observation I

(FEHLING, 1876. *Arch. f. Gynæk.*, t. X, p. 193)

Hématome pédiculé du vagin pendant la grossesse

X... , vingt-trois ans, primipare, constitution vigoureuse. La grossesse évolue normalement, jusqu'au septième mois. A ce moment, métrorrhagie peu grave, qui s'arrête spontanément. Vers la fin du huitième mois, deux autres métrorrhagies.

La vulve est occupée par une tumeur de la grosseur d'une pomme, tendue, rompue en un point, d'où s'échappent des caillots. En introduisant le doigt dans le vagin, on trouve un pédicule, de la dimension du petit doigt, qui sert de base d'implantation à la tumeur. Cette base a une coloration normale, tandis que la partie libre de l'hématome a une couleur violacée et est menacée de gangrène. Cloison recto-vaginale libre. Quelques grosses veines variqueuses autour de la tumeur, qui peut être attirée au dehors.

La tête fœtale est engagée, le col entr'ouvert.

L'hémorragie est arrêtée par le perchlorure de fer. Irrigations deux fois par jour, à l'acide salicylique. Diminution progressive de la tumeur, qui réintègre le vagin, au bout de cinq jours. Pendant quelques jours, léger œdème de la petite lèvre gauche. Pas de fièvre.

Le onzième jour, il ne reste que de l'induration sur la paroi postérieure du vagin.

La grossesse continue son cours. Accouchement à terme. *Post-partum* normal.

Observation II

(JOHANNOWSKY, 1877. *Arch. f. Gynæk.*, p. 375)

Hématome d'un septum rudimentaire du vagin, chez une femme enceinte de cinq mois.

X... , vingt-trois ans, domestique, primipare, règles à dix-sept ans, cinquième mois de la grossesse. A la suite d'un effort, douleur aiguë à la vulve et hémorragie. Immédiatement après, tuméfaction.

En écartant les grandes lèvres, on voit, à l'entrée du vagin, une tumeur lisse et brillante, distendant les parois du canal, grosse comme un œuf de poule, reposant sur le sommet d'un septum charnu, rudimentaire, sorte de pédicule étroit et allongé, occupant les deux tiers de la paroi postérieure du vagin. Au niveau de la convexité, la tumeur est friable. Consistance générale élastique. Aspect noirâtre.

Rupture spontanée le troisième jour, évacuation et résorption partielle. La grossesse continue son cours.

Observation III

(VON JOSCH, 1885. *Wien. Med. Presse*, n° 14) (1)

Thrombus de la vulve, compliqué de fibro-myome

X... , trente-sept ans, septième grossesse; travail rapide. Apparition, immédiatement après la délivrance, à la grande lèvre droite, d'un hématome gros comme une tête fœtale, tendu, violacé, fluctuant. Après rupture du sac, quatre jours plus tard, et écoulement de 100 grammes environ de sang noir, on trouva, dans le sac, un fibromyome plus gros qu'une pomme. Cette tumeur était complètement libre en bas; en haut, elle était très adhérente et dut être énucléée. La question du siège primitif se posait: selon toute apparence, le néoplasme, situé à l'origine, dans la portion cervicale de l'utérus, s'était développé dans le tissu cellulaire du vagin, avait été entraîné par la tête fœtale, dans sa descente, et libéré partiellement de ses attaches.

(1) In *Répert. univ. d'obst. et gyn.*

Observation IV

(CROOM, 1886. *Edinb. med. Journ.*, mai)

Thrombus du vagin.— Apparition tardive

M..., sixième grossesse. Membranes rompues depuis douze heures. Malgré des contractions utérines énergiques, la tête, mobile, ne progresse pas. Dilatation complète. Degré très prononcé d'antéversion utérine. Redressement de l'utérus et ergot ; l'accouchement est terminé en deux heures. Le lendemain, douleur violente, pesanteur au périnée. A l'examen, on trouve dans le vagin, faisant issue à la vulve, une tumeur piriforme, occupant la paroi postérieure. Rupture vers la partie profonde et évacuation de caillots veineux. Irrigations antiseptiques. Disparition complète en trois semaines.

Observation V

(CROOM, 1886. *Ibid.*)

Thombus du vagin. — Version

X..., quatrième grossesse, en travail depuis dix heures, membranes rompues depuis six heures ; pas de progrès dans l'expulsion. Sommet non engagé. Contractions utérines énergiques. Utérus en antéversion très prononcée. Le toucher vaginal fait reconnaître une tumeur siégeant sur la face postérieure de ce conduit. Sans chercher à préciser la nature de cette tumeur, la tête ne s'engageant pas, malgré le redressement de l'utérus, on pratique la version podalique. Difficulté légère pour l'extraction de la tête. Après la délivrance, les douleurs expulsives continuant, on retrouve au toucher la tumeur, de forme conique, la base à la vulve et le sommet vers le col utérin. Hémorragie assez abondante.

Nuit agitée ; douleurs expulsives ; rétention d'urine. Vagin tellement fermé qu'on ne peut atteindre le col. Rénitence. Repos et opium. Résorption de la tumeur en quatre ou cinq semaines.

Observation VI

(CROOM, 1886. *Ibid.*)

Thrombus du vagin. — Application de forceps

X..., cinquième grossesse, accouchement au forceps ; difficultés dans l'application des branches, à cause de la présence d'une tumeur

dans le vagin. Le quatrième jour, après l'accouchement, la tumeur a grossi, au point de remplir complètement le vagin. Ouverture, vers la partie basse, par ulcération partielle, laissant voir des caillots à l'intérieur de la tumeur. Irrigations quotidiennes antiseptiques. Guérison en quelques semaines.

Observation VII

(*In th. Roche, 1886*)

Thrombus pendant le travail. — Forceps. — Rupture du thrombus

B..., vingt-quatre ans, primipare. Travail très long. Sommet en OIDP. Rotation lente. A la dilatation complète, formation d'un thrombus, occupant l'épaisseur de la grande lèvre droite et le périnée. Application de forceps. Rupture du thrombus. Hémorragie assez abondante. Délivrance naturelle. Injections très chaudes. Tamponnement de la cavité du thrombus. Guérison rapide.

Observation VIII

(*In th. Roche, 1886*)

Thrombus du vagin à évolution rapide

G..., secondipare. Accouchement spontané. Durée du travail : quinze heures. OIGA. Enfant pesant 3000 grammes. Délivrance naturelle trois quarts d'heure après, hémorragie. Utérus revenu. A l'examen, on trouve, à la partie inférieure et postérieure du vagin, une déchirure et, au-dessus, une tumeur sanguine, qui augmente rapidement de volume. Irrigations vaginales et tamponnement. Guérison rapide.

Observation IX

(*In th. Roche, 1886*)

Thrombus de la vulve et déchirure du col

L..., vingt ans. Accouchement spontané. OIGA. Enfant pesant 3,200 grammes. Délivrance naturelle. Hémorragie immédiatement après. On constate une déchirure du col et on tamponne. Une heure après, le périnée s'infiltré, et il se forme un thrombus, gagnant la petite

lèvre droite et ayant tendance à augmenter. Injection chaude et tamponnement. Irrigations au sublimé. L'hémorragie cesse et le thrombus se résorbe en quelques jours.

Observation X

(In th. Roche, 1886)

Thrombus de la vulve, avec déchirure de la petite lèvre gauche

P..., dix-neuf ans, primipare. Promontoire accessible. Grossesse de huit mois et demi. Accouchement spontané, en OIGA. Enfant pesant 2,870 grammes. Délivrance naturelle. Aussitôt après, hémorragie. Utérus bien rétracté. A l'examen, on constate une déchirure de la petite lèvre gauche, s'étendant jusqu'à la commissure postérieure de la vulve. On tamponne. Il se forme un thrombus, peu volumineux, qui s'affaisse rapidement.

Observation XI

(In th. Roche, 1886)

Thrombus du vagin

A..., dix-neuf ans, secondipare. Accouchement spontané, en OI DP. Enfant pesant 3,400 grammes. Délivrance naturelle. Trois heures après, douleurs expulsives, hémorragie abondante. Utérus rétracté. Thrombus occupant la paroi latérale droite du vagin. Irrigations vaginales et compression. Rupture du thrombus, le surlendemain, près de l'orifice vulvaire. Drainage à la gaze. Guérison rapide.

Observation XII

(LWOFF, 1886. *Zeitschr. f. Geburts. u. Gynæk.*, p. 135)

Thrombus double à répétition

X..., trente-neuf ans, douzième grossesse, entrée à la clinique de Lichatscheff. Constitution robuste. Règles à treize ans, normales. Pas d'hémorragies antérieures. Grossesses bonnes. Toutefois à chaque accouchement survenait une tumeur de la grande lèvre droite, grosse comme une tête fœtale, très douloureuse, se rompant spontanément, pour donner issue à des caillots fétides, et guérissant complètement au bout de quatre à cinq semaines. Au niveau du siège

de la tumeur, il n'y avait aucune douleur, soit pendant la grossesse, soit en dehors de la gestation. Au premier accouchement, la tumeur apparut après la délivrance; aux suivants, ce fut toujours au début du travail.

Au douzième accouchement, la tumeur se reproduit peu après les premières douleurs, occupant la grande lèvre droite. Une femme qui assistait la malade fait du massage! Consécutivement, la tumeur double de volume et gagne le périnée, puis la grande lèvre gauche, avec accroissement intense de la douleur. Distension énorme des parties. aspect rouge-violacé. Rénitence et fluctuation légère. En dedans, perte de substance, vers la face muqueuse. Accouchement normal, en OIDP. Expulsion rapide. Rupture de l'hématome, au passage de la tête, écoulement d'un verre de sang; pas de diminution appréciable. Incision latérale gauche du périnée, pour éviter une déchirure. Pas d'hémorragie. L'hématome s'accroît encore. Irrigations sublimées et pansement iodoformé.

Troisième jour. — La tumeur a beaucoup diminué.

Huitième jour. — Plus de sécrétion. Pas de complications. La malade sort; la tumeur est grosse comme un œuf de poule.

Malade revue deux mois après. A la place de l'hématome, il ne reste qu'une induration cicatricielle, légèrement bleuâtre.

Observation XIII

(LWOFF, 1886. *Ibid.*)

Thrombus de la vulve et du vagin. — Septicémie. — Guérison

X. . . , vingt et un ans, primipare. Scrofule dans la première enfance. Règles à quatorze ans, normales, toutes les trois semaines, Grossesse sans incidents. La femme n'a pas cessé de travailler à la machine à coudre. Accouchement à terme. Durée du travail, vingt-quatre heures environ. Dilatation et descente de la tête lentes. Enfant vivant, de poids moyen. Immédiatement après la délivrance, douleur vive, à la grande lèvre droite. Aspect rouge-violacé de cette dernière, qui devient le siège d'une tumeur, grosse comme un œuf d'oie. Compresses froides et opium à l'intérieur. Tumeur stationnaire pendant vingt-quatre heures. La douleur gagne le membre inférieur droit et la région lombaire.

Le lendemain soir, fétidité des lochies et accès de fièvre.

Troisième jour. — Même état. T. 39°8. P. 120. Deux frissons violents, suivis de sueurs. Fond de l'utérus au niveau de l'ombilic, mou, douloureux. Pas de sensibilité à la pression des annexes. Écoulement sanguin très sale, fétide. Tumeur comme une grosse tête fœtale, bleue-violacée, tendue, s'étendant en bas jusqu'au périnée, en haut jusqu'à la symphyse ; la petite lèvre est englobée dans la tumeur. Fluctuation. Muqueuse en partie sphacélée. Le vagin est entièrement rempli par l'hématome.

En raison des symptômes septicémiques, incision de 3 cent. de haut ; évacuation d'un demi-verre de sang fétide et expulsion de caillots, à l'aide des doigts. Irrigations quotidiennes au sublimé. Tamponnement avec coton glycéro-iodoformé. Sulfate de quinine.

Quatrième jour. — Frisson léger. T. 40°. Nuit bonne. L'utérus revient sur lui-même ; plus de douleur à la pression. Plus de fétidité des lochies. Selle spontanée. Élimination de la partie sphacélée. Pansement renouvelé. La cavité se vide bien. T. s. 39°. Pas de frisson.

Cinquième jour. — T. 38°5, 39°2. La plaie granule bien.

Jusqu'au neuvième jour, la température oscille autour de 38°5, puis devient normale. La malade se lève le quatorzième jour. Guérison complète.

Observation XIV

(LWOFF, 1886. *Ibid.*)

Thrombus de la vulve et du vagin chez une hémophile. — Guérison

X..., vingt-cinq ans, troisième grossesse. Constitution faible. Hérité hémophilique avérée. Epistaxis fréquentes dans le jeune âge. Règles à treize ans, abondantes, durant sept jours.

Première grossesse normale, sauf quelques hémorragies légères, qui cessaient avec le repos au lit ; accouchement au forceps et hémorragie très grave ; convalescence rapide, mais anémie consécutive. Pas de varices.

Deuxième grossesse, quatre ans après ; accouchement au sixième mois, après de nouvelles métrorrhagies. Hémorragie grave de la délivrance.

Troisième grossesse troublée encore par des métrorrhagies, pendant la première moitié. La malade doit garder presque continuellement le lit. Accouchement à terme, en OIGA. Travail rapide (cinq heures).

Aussitôt après la délivrance, la femme se plaint d'une douleur aiguë, au côté gauche de la vulve. Tumeur bleu-violacée occupant la grande lèvre gauche et le vagin, jusqu'à 3 centim. de la vulve, empiétant sur la petite lèvre. Hématome de la grosseur d'un œuf de poule. Compresses froides et seigle ergoté. La douleur s'atténue rapidement.

Au bout de trois jours, diminution sensible. Post-partum normal. La femme se lève le neuvième jour.

Le onzième jour, rupture spontanée de la tumeur, du côté du vagin. Évacuation de caillots fétides, noirâtres. Irrigations antiseptiques. Guérison rapide.

Observation XV

(LWOFF, 1886. *Ibid.*)

Thrombus du vagin évoluant sans douleur. — Guérison

Couturière, trente-trois ans, septième grossesse. Scrofule dans le jeune âge. Règles à quatorze ans, normales. Accouchements antérieurs sans incidents. Grossesse actuelle bonne. Accouchement à terme. Varices à la vulve. Travail durant depuis neuf heures. Douleurs fortes et rapprochées. Formation du thrombus, au moment de la descente de la tête. Rupture de la tumeur, hémorragie faible. La tumeur n'occupe que le vagin. Seigle ergoté et irrigations fréquentes au sublimé. Post-partum normal. Diminution rapide de la tumeur et guérison de l'hématome en douze jours. A aucun moment il n'y a eu de douleur.

Observation XVI

(LWOFF, 1886. *Ibid.*)

Thrombus de la vulve et du vagin après un travail très rapide

X....., dix-huit ans, domestique, primipare (clinique de Lichatscheff). Bonne santé habituelle. Règles à treize ans, normales. Bassin normal. Travail à terme et si rapide que la femme accouche en route. Après la délivrance, voici ce que l'on note :

Grande lèvre gauche occupée par une tumeur de 6 cm. de long sur 5 cm. de large, rouge-violacée, lisse, élastique, légèrement fluctuante et douloureuse. Cloison recto-vaginale envahie par la tumeur. Peau œdématiée au voisinage. Légère incision. Repos au lit.

Dans le courant de la première semaine du post-partum, la température vespérale s'élève à 39°. Miction difficile. Involution utérine lente, mais normale. La tumeur diminue, à partir du quatrième jour. Au douzième, elle n'est plus visible ; il reste à sa place de l'induration. La malade sort.

Observation XVII

(PARKER, 1887, *Brit. Med. Journ.*, 28 mai (1))

Thrombus au cours du douzième accouchement

X. . . ., trente-quatre ans, cinq fausses couches ; hémorragie antepartum, lors de deux grossesses antérieures. Douzième grossesse. Enfant mort. Thrombus à la lèvre droite, devenu en six heures gros comme une tête fœtale, s'accroît encore pendant quatre heures, puis se rompt. Anémie grave. Hémorragie s'arrête spontanément. Antisepsie, guérison.

Observation XVIII

(PARKER, 1887. *Ibid.* (2))

Thrombus à évolution fébrile, sans complications

X. . . ., vingt-trois ans, primipare. Accouchement rapide, en SIGA. Deux heures après la délivrance, hémorragie abondante. Utérus revenu. Dans le vagin, présence d'un hématome gros comme un œuf ; ouverture spontanée vers la partie inférieure. Tamponnement et irrigations phéniquées. Fièvre pendant huit jours. Guérison.

Observation XIX

(BUDIN. 1887. *Un. méd.*, 23 juin)

Thrombus pédiculé du vagin, au cours de la grossesse

Domestique, vingt-quatre ans, primipare, arrivée au milieu du huitième mois d'une grossesse normale. Début insidieux du thrombus, sans cause appréciable, par douleurs lombaires et écoulement sangui-
nolent.

A l'examen, ni œdème, ni varices. A la vulve apparaît une tumeur arrondie, noirâtre, rénitente, pâteuse par points, à surface ridée, grosse comme un œuf de poule. Cette tumeur peut être refoulée dans le vagin. Elle est insérée sur la paroi postérieure de ce dernier, sui-

(1) et (2) In *Répert. univ. d'obst. et gynec.*

vant une ligne qui commence à 2 centimètres de l'orifice vaginal et s'étend jusqu'à 3 centimètres environ du col utérin, occupant exactement la ligne médiane. On a affaire à un véritable pédicule longitudinal. Mobilité dans le sens latéral. La cloison recto-vaginale est libre.

Écoulement séro-sanguinolent et diminution rapide de la tumeur, les jours suivants; les caillots sont évacués, après ulcération spontanée; au bout de six jours, il ne reste guère que le pédicule.

Accouchement à terme. Post-partum normal.

Observation XX

(BASTAKI, 1887. *Arch. roum. de méd. et chir.*, septembre, n° 2, p. 112) (1)

Thrombus traumatique de la grossesse

X... , arrivée au cinquième mois de la grossesse, a une forte métrorrhagie, à la suite d'une chute. Vingt-quatre heures plus tard, tuméfaction notable de la vulve. Tumeur bleue-violacée, grosse comme une tête fœtale, pénétrant dans le vagin, occupant surtout la grande lèvre droite. Irrigations antiseptiques de la cavité. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Guérison rapide. Pas d'influence sur la marche de la grossesse.

Observation XXI

(BASTAKI, 1887. *Ibid.*) (2)

Thrombus de la grossesse

X... , arrivée au huitième mois de la grossesse. Apparition brusque, sans cause appréciable, d'un thrombus occupant surtout la grande lèvre droite.

Évolution rapide et guérison. Pas d'influence sur la marche ultérieure de la grossesse.

Observation XXII

(GRYNFELTT. 1887. *Gaz. hebd., Montpellier*, oct.)

Thrombus de la vulve et du vagin, ayant gagné la cavité pelvienne

X... , vingt-deux ans, constitution chétive, primipare. Grossesse sans incidents (a dissimulé sa grossesse en comprimant énergiquement l'abdomen par le corset).

(1) et (2) In *Répert. univ. d'obst. et gynéc.*

Apparition, seize heures après le début du travail, d'une tumeur occupant toute l'épaisseur du périnée, surtout à droite, distendant la grande lèvre de ce côté, empiétant sur le côté gauche et s'étendant en arrière jusqu'à l'anus. Aspect bleu-violacé. Consistance élastique. La paroi inférieure droite du vagin est occupée par la tumeur; la limite supérieure impossible à préciser. Tumeur grosse comme un œuf de poule.

Tête fœtale fléchie, à mi-excavation. Sensation de ténesme très pénible. Travail en arrêt. Accroissement graduel de la tumeur.

Application facile de forceps. Enfant vivant. Déchirure périnéale oblique, qui ouvre largement l'hématome. Écoulement de sang en partie liquide, en partie coagulé. Délivrance rapide. Hémorragie peu grave. Ergot. Lavages sublimés. Nettoyage de la cavité et irrigations vaginales. Gâteau d'ouate humide au sublimé sur la tumeur. Repos absolu.

Deuxième jour. Rétention d'urine. La fosse iliaque droite est le siège d'une tuméfaction molle, communiquant avec la tumeur du vagin, ainsi qu'on peut s'en assurer par le palper et le toucher combinés. Évacuation de caillots. Pas d'hémorragie nouvelle. Ni odeur, ni fièvre, ni douleur.

Les deux jours suivants, sphacèle partiel de la poche et fièvre légère. Pansement antiseptique fréquent. Bourgeonnement rapide. Guérison en un mois.

Observation XXIII

(COULHON, 1888. *Gaz. hôp.*, 25 octobre)

Thrombus volumineux de la vulve et du vagin. — Gangrène. — Septicémie.
Intoxication phéniquée. — Guérison.

X..., dix-huit ans, primipare, constitution robuste, accouche après six heures de travail. Neuf heures après la délivrance, douleur aiguë à la vulve. Applications émollientes. Rétention de l'urine et des lochies pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, on constate :

Tumeur grosse comme une tête d'adulte; occupe la grande lèvre droite, dépasse en haut le mont de Vénus et se prolonge en bas dans la fesse droite. Lisse, élastique, rénitente, violacée, très douloureuse. Pas de fluctuation. Vagin et grande lèvre gauche complètement re-

couverts. Hypogastre dur et mat. Utérus refoulé en haut et à droite. P. 120; T. 39°.

Incision de 15 centimètres, sur la face muqueuse du thrombus, à 2 centimètres du liseré cutané. Évacuation partielle, à l'aide des doigts, des caillots sanguins (environ 1 litre). Le vagin devient accessible. Cathétérisme (2 litres et 1/2 d'urine normale). Irrigations antiseptiques. L'utérus revient sur lui-même.

Deuxième jour. — État général grave. Frisson, agitation, délire. P. 144; T. 40°8. Odeur fétide. La tumeur s'affaisse, laissant sourdre un liquide noirâtre, d'odeur infecte. Septicémie et gangrène. Nouvelle incision, comme contre-ouverture, de 8 centimètres, sur la face cutanée, parallèle à la première et à 5 centimètres d'elle. Drainage. Irrigations phéniquées. Quinine et aconit.

Troisième jour. — Amélioration. P. 130; T. 40°. La tumeur diminue. Sphacèle. Rétention d'urine.

Cinquième jour. — Aggravation. Pouls faible; T. 39°. Nausées, urines rares et noires. Symptômes d'intoxication phéniquée. Irrigations à l'eau alcoolisée.

Sixième jour. — Amélioration sensible. P. 120; T. 39°. Miction spontanée.

Neuvième jour. — Plus de fièvre. La plaie granule bien.

Guérison le vingtième jour.

Observation XXIV

(PERREYMOND, 1888. *Ann. de Gynéc.*, février)

Thrombus volumineux de la vulve et du vagin

X..., vingt ans, primipare; accouchement à huit mois, à la suite d'une chorée. Pas de lésion organique. Ni varicès, ni hémophilie. Léger œdème des membres inférieurs et de la vulve. SIDP. Dégagement artificiel pénible de la tête. Travail ayant duré de huit à dix heures.

Apparition du thrombus immédiatement après la délivrance, Douleur très violente. Volume total acquis en trois heures. Tumeur plus grosse qu'une tête fœtale, occupe, à droite, la grande et la petite lèvre, s'étend du mont de Vénus au périnée et recouvre complètement le côté gauche de la vulve. Dure, violacée, légèrement fluctuante en dedans. Lipothymie, vertiges, pouls filiforme, etc. Utérus revenu sur lui-même. La tumeur remplit tout le vagin.

Drainage du vagin avec une mèche de gaze. Compresses glacées. Ergotine : 4 grammes.

La tumeur ne s'accroît pas, devient de plus en plus violacée. Ouverture spontanée vers la face muqueuse et évacuation de caillots. Lavages antiseptiques et drainage du vagin. Élimination graduelle des caillots et sphacèle partiel de la poche, surtout vers la face muqueuse. Bourgeonnement actif, Régime fortifiant. Guérison complète, au bout de deux mois.

Observation XXV

(EHRENDORFER, 1889. *Arch. f. Gynæk.*, t. XXIV)

Thrombus de la vulve et du vagin, à la suite d'un coït, au cours de la grossesse

X..., trente-deux ans, cinquième grossesse. Règles à vingt ans, normales. Grossesses et accouchements antérieurs sans incidents. Arrivée au cinquième mois de la grossesse actuelle.

Il y a dix jours, au cours d'un coït impétueux, elle éprouve brusquement une douleur très vive dans la grande lèvre droite. Le coït doit être interrompu. En peu de temps se développe une tumeur, grosse comme un œuf de poule, qui peu à peu acquiert le volume du poing. Repos au lit et compresses humides, pendant quelques jours. Diminution légère de la tumeur et de la douleur.

État actuel : Malade anémiée, de constitution médiocre. T. normale. P. plein et calme. R. obscure au sommet gauche, rien au cœur. Fond de l'utérus à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Pas de varices. Pas d'hémophilie. La grande lèvre droite est distendue par une tumeur, qui s'étend du pubis à l'anus, ayant 13 centimètres de long, sur 10 centimètres de large ; bleue-violacée, élastique. Fluctuation en deux points recouverts par la peau très amincie et très tendue. Pas d'élévation thermique locale ; pas d'inflammation au voisinage. Grande sensibilité à la pression. Petite lèvre de ce côté œdématiée. La tumeur s'étend assez loin dans le vagin.

Incision longitudinale de plusieurs centimètres ; à ce moment, fort jet de sang fourni dans le fond de la cavité, par un vaisseau qui a été probablement l'origine de l'hématome. Évacuation complète des caillots. Paroi bourgeonnant bien. Tamponnement à la gaze iodoformée. Irrigations antiseptiques les jours suivants. Suites normales.

Le dixième jour, la malade est guérie. Pas d'interruption de la grossesse.

Observation XXVI

(Loviot, 1890. *Bull. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 9 oct.)

Double thrombus, au niveau de l'orifice hyméno-vaginal, pendant la grossesse

X..., primipare, quarante et un ans, arrivée au septième mois de sa grossesse. A eu plusieurs métrorrhagies, qui ont fait soupçonner un placenta prævia. Pas d'hémorroïdes. Hémophilie légère. Pas de varices.

Les métrorrhagies se sont produites, soit au moment de toilettes vulvaires, soit à l'occasion de la défécation ou de la miction.

On note la présence de deux petites tumeurs violacées, juxtaposées, constituant un demi-cercle, qui embrasse le pourtour supérieur de l'orifice vaginal. Ces tumeurs, irréductibles, grosses comme le petit doigt, de quatre à cinq centimètres de long, sont effilées inférieurement. Rénitence. Pas de battements. Pas d'écoulement sanguin. Muqueuse très amincie. Date d'apparition inconnue. Eraillures légères, ayant probablement été la source des hémorragies antérieures. *Post-partum* normal.

Observation XXVII

(Loviot, 1890. *Ibid.*, 13 mars)

Thrombus du vagin pendant le travail chez une hémophile. — Embolie pulmonaire. Guérison.

X..., vingt-cinq ans; un avortement antérieur. Pas d'albuminurie. Grossesse normale. Accouchement au forceps. Hémorragie légère dans l'après-midi. Le travail a duré dix à douze heures. Hémophilie avérée (grand-père, grand'mère, père et frère hémophiles). Apparition du thrombus, au moment de la rupture des membranes, sans douleur vive. Gros comme une orange, occupe la région latérale droite du vagin. Pulsations en un point (?). Irrigations antiseptiques. Diminution graduelle.

Vingt-cinq jours après, brusquement, douleur pré-sternale, dyspnée, P. petit, fréquent. Symptômes d'embolie pulmonaire. Repos absolu. Ventouses, éther, etc. Apparitions de signes de pleuro-pneumonie, qui s'atténuent assez rapidement. Suites normales. Guérison complète en deux mois.

Observation XXVIII

(CHAINTE, 1890. *Lyon médical*, 12 janv.)

Thrombus du vagin après une version

B..., quarante-trois ans, tailleuse, quatrième grossesse. Rien à noter dans les grossesses ou accouchements antérieurs. Pas de varices. Grossesse actuelle bonne. Accouchement à terme. Présentation de l'épaule droite. Version. Enfant vivant.

Une demi-heure après la délivrance, douleur aiguë, expulsive ; formation d'un thrombus, gros comme un œuf de poule, occupant la paroi gauche du vagin, d'aspect noir-violet ; fluctuant. Teinte ecchymotique très marquée de la lèvre gauche, jusqu'à l'anus. Œdème considérable de voisinage.

Irrigations antiseptiques. Iodoforme. Rupture spontanée le lendemain, évacuation de caillots noirs. Cicatrisation rapide. Pas de fièvre. Guérison en quatorze jours.

Observation XXIX

(CHAINTE, 1890. *Ibid.*)

Thrombus du vagin après la délivrance

C..., vingt-deux ans, domestique, primipare, grossesse normale. Accouchement à terme, en OLGA, après huit heures de travail. Immédiatement après l'expulsion, apparition d'une tumeur fluctuante, du volume d'un œuf de poule, occupant la paroi gauche du vagin, jusqu'au cul-de-sac péri-utérin. Rupture dans la nuit, évacuation de caillots noirâtres. Œdème des grandes lèvres, surtout à gauche. Teinte sphacélique d'une partie de la surface de la poche. Guérison en douze jours.

Observation XXX

(AUVARD, 1890. *Arch. de loc.*, p. 789)

Thrombus pédiculé du vagin chez une femme enceinte de huit mois

X..., vingt-huit ans, domestique. Règles à quatorze ans, normales. Seconde grossesse. Pendant la première grossesse, il y a un an, varices aux membres inférieurs, à la vulve et à l'anus. Accouchement normal.

Varices pendant la grossesse actuelle, qui est parvenue au huitième mois. Début brusque; la femme, étant debout, se sent mouillée, en même temps qu'elle éprouve des douleurs expulsives.

Tumeur du vagin, rouge-foncée, grosse comme une noix, faisant saillie à la vulve, recouverte d'une muqueuse ulcérée, saignant au moindre frottement, de consistance molle, fluctuante. Par le toucher vaginal, on reconnaît qu'elle est rattachée à la paroi postérieure du vagin, par un pédicule, allongé verticalement, qui commence à un centimètre au-dessus de l'orifice vaginal et remonte à 3 ou 4 centimètres du col. Cloison recto-vaginale libre. Le tubercule antérieur du vagin est très volumineux. Présentation du sommet, en OIGA. Repos et irrigations au sublimé.

Deuxième jour. — Aspect noirâtre, tumeur dure, aplatie transversalement par la pression des cuisses. Cinq centimètres et demi de haut, sur trois centimètres et demi de large. Pas de crépitation.

Troisième jour. — Tumeur encore plus dure.

Diminution graduelle de volume, les jours suivants; mortification partielle de la poche, évacuation des caillots.

En dix jours, la malade est guérie; il ne reste plus qu'une induration cicatricielle, sur la paroi postérieure du vagin, au niveau d'implantation du pédicule.

Observation XXXI

(VINCENT, 1890. *Soc. nat. de méd. de Lyon*, 3 nov.)

Thrombus de la vulve et du vagin

Thrombus puerpéral très volumineux, en imminence de sphacèle occupant le vagin et la grande lèvre. Incision du côté du vagin. Drainage, par une contre-ouverture, vers la région fessière. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Accollement rapide des parois. Ni fièvre, ni suppuration. Guérison complète en quinze jours.

Observation XXXII

(GRANDIN, 1891. *Am. Journ. Obst.*, t. XXIV, p. 861)

Thrombus du vagin et de la cavité pelvienne. — Suppuration. — Guérison

X... , multipare, accouchement normal. Apparition d'un hématome du vagin, douze jours après la délivrance. On constate une tumeur très volumineuse, occupant surtout le fond du vagin et si tendue que

sa rupture paraît imminente. État général bon. P. calme. Expectation.

Deux semaines après, symptômes de suppuration. P. rapide et très dépressible. La tumeur a gagné la vulve. Prolongement rétro-péritonéal. L'hématome a envahi le ligament large. Le rectum est comprimé. Constipation opiniâtre. Incision de la tumeur. Déblaiement de la cavité. Lavages antiseptiques, afin de modifier les parois de la poche. Tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée.

Convalescence rapide.

Observation XXXIII

(MANN, 1892. *Lancet*, t. I, p. 310)

Thrombus de la grande lèvre gauche

X..., trente-quatre ans, mariée depuis seize ans, septième grossesse. Accouchements normaux. Grossesse actuelle normale, comme toutes les autres. Travail à terme. Rupture artificielle des membranes, expulsion rapide. Pas de déchirure périnéale. État excellent. Ergot de seigle.

Trois heures après la délivrance, hémorragie très grave. État syncope. Vertiges, pâleur de la face, etc. L'examen local fait trouver une tumeur grosse comme le poing, occupant la grande lèvre gauche et présentant tous les caractères de l'hématome. Rupture spontanée. Irrigations antiseptiques de la cavité et du vagin. Tamponnement à la gaze iodoformée. Alcool et lait. Pansement et irrigations pendant dix jours. Guérison sans complications.

Observation XXXIV

(Justo, 1892. *Ann. méd. de la Rép. argént.*, mai) (1)

Thrombus pédiculé du vagin

X..., trente-huit ans, arrivée au huitième mois de sa seconde grossesse. A la suite d'une marche forcée, apparition d'un hématome gros comme un œuf de poule, lisse, tendu, d'aspect noir violacé, à grand diamètre vertical. La tumeur est insérée sur la partie inférieure de la colonne postérieure du vagin par un pédicule large de 5 cent. et épais

(1) In *Répert. univ. d'obst. et gynéc.*

de 1 cent. environ. La tumeur, prise pour un polype, est liée au niveau de son pédicule et extirpée. Hémorragie grave. Tamponnement à la gaze iodoformée. Soins antiseptiques. Guérison en dix jours.

L'examen microscopique démontre que la tumeur était un hémato-

Observation XXXV

(HUIJINK, 1893. *Rev. holland. de gynéc.*, t. IV) (1)

Thrombus de la vulve pendant la grossesse

X..., primipare, arrivée au milieu du huitième mois de la grossesse. Pas de varices, ni d'hémophilie. Il y a eu un effort accompli dans la matinée; l'hématome de la grande lèvre se forme dans la journée, sous l'influence d'un simple éclat de rire. Incision de la tumeur et évacuation deux jours après. La guérison est prompte. La grossesse poursuit son cours.

Observation XXXVI

(MURRAY, 1893. *Am. Journ. Obst.*, t. XXVIII, p. 226)

Thrombus de la vulve après la délivrance

X..., trente-deux ans, primipare. Un avortement à cinq mois, deux ans auparavant. Dilatations variqueuses, aux membres inférieurs.

Grossesse actuelle normale. Début du travail à minuit. Douleurs énergiques et rapprochées. Dilatation très pénible du col. Pendant la période d'expulsion, hémorragie sérieuse, dont il est impossible de reconnaître l'origine. Périnée très résistant. Chloroformisation légère, pour calmer les douleurs. Accouchement à six heures du soir. Délivrance rapide. L'utérus revient bien. Irrigation vaginale et issue de nombreux caillots. Déchirure de la fourchette.

Vers onze heures du soir, c'est-à-dire cinq heures après la délivrance, nouvelle hémorragie et tuméfaction de la grande lèvre gauche qui, en peu de temps, acquiert le volume d'une orange. Tumeur tendue, lisse, violacée, bombant surtout en haut, où elle atteint le mont de Vénus. On ne trouve pas le point de départ de l'hémorragie.

Expectation. Applications de compresses antiseptiques à la vulve. Irrigations vaginales.

(1) In *Répert. univ. d'obst. et gynéc.*

Le lendemain, la tumeur a diminué. Ulcération vers la muqueuse et expulsion graduelle des caillots, jusqu'au sixième jour. Guérison rapide.

Observation XXXVII

(CHEVELEFF, 1894, *Répert. gén. d'obst. et gyn.*, juillet)

Thrombus de la grande lèvre

X... , trente-trois ans, accouchement normal. Immédiatement après la délivrance, apparition d'un hématome, gros comme le poing, ovoïde, violacé, franchement fluctuant, occupant toute la grande lèvre droite et le vestibule à gauche. La tumeur s'étend en haut jusqu'au pubis, en bas jusqu'au périnée et même vers l'aîne du même côté.

Expectation pendant huit jours. Applications de glace, puis petite incision, à la partie moyenne de la grande lèvre. Évacuation graduelle des caillots. Pas d'hémorragie. Guérison rapide.

Observation XXXVIII

(SCHREIBER, 1894, *Gaz. hebdom. méd. de la Russie mérid.*, 12 et 13) (1)

Hématome vulvo-vaginal. — Suppuration. — Guérison

X... , primipare, dix-neuf ans, sans maladie antérieure. Grossesse et accouchement normaux, sans déchirure du périnée. Travail ayant duré treize heures.

Une heure après la délivrance, douleurs térébrantes à la vulve et au périnée, s'irradiant vers les lombes, devenant de plus en plus intenses. A l'examen : tumeur des dimensions d'un œuf de poule (qui a grossi presque sous les yeux de la malade), occupant toute l'étendue de la grande lèvre du côté gauche, s'étendant en bas jusqu'au périnée, en dedans occupant une partie du vagin. Caillots nombreux à l'entrée. La tumeur est élastique, tendue, de surface et de consistance inégales, excessivement douloureuse, même au simple contact.

Pas de varices aux organes génitaux externes, ni aux membres inférieurs.

Pendant trois à quatre jours, T.: 40°, frisson, douleurs. Lochies peu abondantes, devenues fétides dès le troisième jour. On constate

(1) In *Répert. univ. d'obst. et gynéc.*

alors l'ouverture spontanée de l'hématome en deux endroits, d'où s'écoule un liquide fétide et des caillots. Lavages antiseptiques. Guérison en dix jours.

Observation XXXIX

(INÉDITE)

(Comptes rendus de la clinique d'accouchement de Montpellier)

Thrombus peu volumineux, avec hémorragie abondante

Marie L..., vingt-six ans, domestique, secundipare, réglée à onze ans ; première grossesse, il y a deux ans, normale. Dernières règles le 12 juillet 1885. Grossesse bonne. Pas d'œdème. Pas de varices. Accouchement le 19 mai 1886, en OIDP, après trente-six heures de travail. Immédiatement après la délivrance, formation d'un thrombus vulvaire, gros comme un œuf de pigeon, qui donne lieu à une hémorragie abondante. Ergot de seigle et injections très chaudes. Alcool et régime tonique.

Irrigations vaginales les jours suivants ; le thrombus diminue rapidement de volume et a complètement disparu à la fin du premier septenaire du post-partum.

Observation XL

(INÉDITE)

(Communiquée par M^{lle} BAZIN, sage-femme en chef de la Maternité)

Thrombus de la vulve et du vagin s'étendant à la cavité pelvienne

P....., vingt-quatre ans, domestique, primipare, accouchée chez elle spontanément, sans l'aide d'une sage-femme. Une heure environ après la délivrance, la femme se lève pour uriner, ne le peut et éprouve à ce moment une douleur aiguë, au niveau de la vulve avec irradiation au bas-ventre. En même temps tuméfaction considérable de la lèvre droite. Voici ce que l'on constate, douze heures après :

Tumeur violacée, fluctuante, lisse, de la grosseur du poing, occupant la grande lèvre droite et empiétant sur la commissure postérieure. Petite lèvre effacée. Toucher vaginal difficile. Les parois latérale droite et postérieure sont occupées par la tumeur, jusqu'au cul-de-sac. La tumeur remonte au-dessus de la branche horizontale

du pubis et occupe toute la moitié antérieure droite de l'excavation, ainsi qu'on peut s'en assurer par le palper.

T. matin, 37°2 ; soir, 36°8. Compresses froides antiseptiques. Ergotine. Irrigations vaginales fréquentes.

Deuxième jour. — Diminution légère de la tumeur. Aspect violacé de la grande lèvre gauche. T. matin, 37°2. Rétention partielle des lochies. T. soir, 38°9. P. 104, petit, fréquent. Malade affaissée. Champagne.

Troisième jour. — Partie antérieure menacée de sphacèle. Incision de 10 cm. de long à ce niveau. Évacuation de caillots (300 grammes). Fosse iliaque droite douloureuse à la pression. Irrigations vaginales. Tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée. Champagne et quinine.

Cinquième jour. — Empâtement de la fosse iliaque et de la région sus-pubienne. Envies fréquentes d'uriner.

Sixième jour. — Diminution de la tuméfaction et de la douleur. Même traitement.

Septième jour. — La cavité se rétrécit. Sphacèle partiel.

Amélioration graduelle. Bourgeonnement lent. Pas de complications. La malade sort un mois après. Il reste encore une petite cavité bourgeonnante, de 3 cm. environ de profondeur.

Observation XLI

(INÉDITE)

(Communiquée par M. le professeur agrégé GERBAUD)

Thrombus volumineux de la vulve et du vagin

X..., primipare, vingt-deux ans environ, sans antécédents morbides. Grossesse normale. Accouchement à terme, en SIGA, après trente-six heures de travail. Pas de varices.

Six heures environ après la délivrance, la femme éprouve une douleur très vive, au niveau de la vulve, avec besoin de pousser. En même temps se montre une tuméfaction qui, graduellement, dans l'espace de dix heures, acquiert le volume d'une tête fœtale. Cette tumeur, lisse, rénitente, très tendue, d'aspect violacé, à teinte ecchymotique, surtout dans les parties déclives, siège à droite ; elle occupe toute la grande lèvre droite, du clitoris à la fourchette, et le vagin, dans toute sa paroi latérale droite, jusqu'au niveau du cul-de-sac péri-

utérin ; elle bombe très fortement en avant, recouvrant l'autre côté de la vulve. La petite lèvre est effacée.

Pas d'hémorragie sérieuse. Expectation. Application de compresses humides antiseptiques. Repos absolu.

La nuit suivante, c'est-à-dire vingt-quatre heures après le début, rupture spontanée de la tumeur, vers la face muqueuse, en un point déjà menacé de sphacèle ; pas d'hémorragie grave.

Le matin du deuxième jour, débridement large, longitudinal, au niveau de la rupture. Déblaiement des caillots. Tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée. Etat général bon. Fièvre légère pendant les premiers jours. Irrigations antiseptiques fréquentes de la poche et du vagin, pendant quinze jours environ. Guérison à peu près complète en trois semaines.

Observation XLII

(PERSONNELLE)

(Recueillie dans le service de M. le professeur GRYNFELTT, 1894)

Thrombus de la vulve et du vagin après la délivrance. — Guérison

S..., dix-neuf ans, primipare, constitution vigoureuse ; pas de maladie antérieure. Réglée à quatorze ans, normalement. Dernières règles le 15 octobre 1893. Grossesse normale, sauf quelques vomissements au début. Œdème des membres inférieurs, pendant les derniers temps. Pas de varices. Accouchement, le 9 juillet 1894, en OIGA, après un travail pénible, ayant duré trente-six heures environ. Enfant de poids moyen.

Deux heures après la délivrance, douleur lancinante à la grande lèvre gauche ; tuméfaction progressive pendant la nuit ; la douleur devient insupportable, s'accompagnant d'efforts d'expulsions. Au bout de douze heures, la tumeur atteint son volume maximum.

La malade, examinée à ce moment, présente une tuméfaction de la grande lèvre gauche, s'étendant du pubis au voisinage de l'anus, débordant largement la ligne médiane et recouvrant en partie la grande lèvre du côté opposé. Du côté du vagin, elle s'étend à 5 ou 6 centimètres de profondeur. Le grand diamètre, longitudinal, de la tumeur, mesure 20 centimètres et le diamètre transversal 7 centimètres. La saillie maximum est de cinq centimètres environ. Aspect

violacé, lisse. Rénitence. Peau très amincie, ecchymotique vers la partie déclive. Muqueuse très tendue, excoriée en bas ; écoulement séro-sanguinolent à ce niveau. La teinte des téguments va s'assombrissant, à mesure que l'on gagne en arrière et en bas. Œdème de la petite lèvre gauche.

10 juillet. — Repos absolu au lit. Irrigations vaginales au sublimé. compresses humides maintenues continuellement. Douleur disparue. État général bon. T. soir, 37°7.

11. — Nuit bonne. État de la tumeur stationnaire : la teinte noire-violacée s'accroît à la partie déclive. Même traitement. État général bon. T. matin, 37°, soir 37°5.

12. — La tumeur diminue. La partie inférieure s'ulcère. Écoulement séro-sanguinolent. T. 37°. 37°7.

13. — Un peu de malaise, dû à l'élimination partielle des caillots renfermés dans la tumeur. Odeur sphacélique. T. 37°6. 39°.

14. — L'ulcération s'agrandit. De nouveaux caillots s'éliminent. Irrigations soigneuses. État général bon. T. 37°2. 38°.

Les jours suivants, la tumeur, surtout vers la face interne, se sphacèle, sans amener de fièvre. La cavité est remplie de gaze au salol. Les parois granulent bien et la guérison est complète à la fin du mois, c'est-à-dire en trois semaines.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- | N°
d'ordre | Année | |
|---------------|-------|--|
| 1 | | HIPPOCRATE. — Traduction Littré (1849). t. VI. De l'usage des liquides, p. 126. |
| 2 | 1554 | RUEFF. — De generatione et conceptu hominis, t. VI, p. 31. |
| 3 | 1664 | VESLINGIUS. — Remarques sur un cas de tumeur sanguine de la vulve. |
| 4 | 1694 | PEU. — Pratique des accouchements, p. 530. |
| 5 | 1703 | MAURICEAU. — Observations sur la grossesse, p. 334. |
| 6 | 1708 | FORMI. — Bibliothèque de méd. et de chir. de Bonnet, observ. 138. |
| 7 | 1727 | VAN DER WIEL. — Observations de maladies du vagin et de l'utérus. |
| 8 | 1734 | KRONAUER. — De tumore genitalium post-partum sanguineo (Bâle). |
| 9 | 1745 | DELIUS. — Amœnitates medicæ, ch. v, p. 94. |
| 10 | 1750 | LEDUAN. — Consultations de chirurgie, p. 376. |
| 11 | 1759 | PUZOS. — Traité d'accouchements. |
| 12 | 1761 | FICHET DE FLÉCHY. — Observations de méd. chir. et acc. 3 ^e partie, p. 375. |
| 13 | 1774 | ALIX. — Observations de chirurgie. fasc. II, p. 98. |
| 14 | 1775 | BARBAULT. — Traité d'accouchements, t. I, p. 49. |
| 15 | 1775 | N. . . . — Journal général de médecine, t. I. |
| 16 | 1776 | MACBRIDE. — Deux cas de tumeur sanguine de la vulve, après la délivrance. (Med. Obst. Soc. Phys. Londres. p. 89). |
| 17 | 1777 | DELEURYE. — Traité d'accouchements. |
| 18 | 1779 | MAITLAND. — Relation d'un cas remarquable de thrombus de la délivrance. (Med. et Phil. Comment., Londres, p. 443). |

N°
d'ordre Année

- 19 1779 SPIER. — Un cas remarquable de thrombus vulvo-vaginal. (Med. et Phil. Comment., Londres, p. 443).
- 20 1779 LENTIN. — Memorabilia, p. 92.
- 21 1780 PEYRILHE. — Histoire de la chirurgie, t. II, p. 784.
- 22 1781 BAUDELLOCQUE. — Traité d'accouchements.
- 23 1787 OSIANDER. — Mémoires, t. I, p. 283.
- 24 1788 REEVE. — London Med. Journal, p. 119.
- 25 1789 ZELLER. — Remarques sur l'art des accouchements, p. 105. Vienne.
- 26 1797 BAUDELLOCQUE. — Journ. gén. de médecine, t. I, p. 466.
- 27 1797 SÉDILLOT. — Journ. gén. de médecine, t. I, p. 460.
- 28 1797 CASAUBON. — Journ. gén. de médecine, t. I, p. 455.
- 29 1798 SIEBOLD. — Biblioth. german. méd.-chir., t. VI, p. 195.
- 30 1802 DENMANN. — Introduction of midwifery.
- 31 1803 PACULL. — Journ. gén. de méd., t. XIII, p. 61.
- 32 1804 BLAGDEN. — Med. and Phys. Journal, t. XI, p. 42.
- 33 1806 IÆRG. — Recherches et documents, p. 232. Leipzig.
- 34 1807 COUTOULY. — Mémoires, p. 140.
- 35 1808 OSGOOD. — Un cas d'hématome de la vulve après la délivrance (Med. Soc. Boston, p. 228).
- 36 1812 BOER. — De quodam fluxu sanguinis in puerperis ante incognito (De l'art des accouchements. Vienne).
- 37 1812 AUDIBERT. — De l'épanchement sanguin qui survient aux grandes lèvres ou dans l'intérieur du vagin, pendant le travail, ou à la suite de l'accouchement (Thèse Paris).
- 38 1813 BERDOT. — Abrégé de l'art des accouchements, t. II, p. 523.
- 39 1817 BURNS. — Princip. of midwifery.
- 40 1818 INGLEBY. Journ. méd.-chir. d'Edimbourg, t. XIV, p. 107.
- 41 1821 LEGOUAIS. — Art. Thrombus, Dict. scienc. méd. Paris.
- 42 1821 M^{me} LACHAPELLE. — Pratique des accouchements.
- 43 1824 SIEGENHAAR. — Observationes de tumore vaginæ sanguineo ex partu abortu (Thèse Leipzig).
- 44 1824 CHAUSSIER. — Mémoires et consultations de médecine légale, p. 397.
- 45 1826 VINGTRINIER. — Mémoires de la Société de médecine de Rouen.

N°
d'ordre Année

- 46** 1826 DOUDEMENT. — Thèse de Paris, n° 65.
- 47** 1826 TRUMPER. — Hématome de la grande lèvre gauche (Compte rendu de la Soc. des Sc. médic. et natur. de Bruxelles, p. 75).
- 48** 1827 DEWEES. — Journal de Philadelphie, nov. n° 17.
- 49** 1828 GUILD. — Un cas d'hématome de la vulve (Journ. de Philadelphie, p. 111).
- 50** 1830 DENEUX. — Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin. (Paris).
- 51** 1830 MASSOT. — Tumeur sanguine spontanée de la vulve, au 9^e mois de la grossesse (Communic. à l'Ac. de méd).
- 52** 1830 SEULEN. — Journal de Siebold, t. IX.
- 53** 1830 HENDRIE. — Un cas d'hématome de la vulve. (Journ. de Philad., p. 538).
- 54** 1830 MEISSNER. — Réflexions sur les varices et les tumeurs sanguines de la vulve (Zeitschr. f. Geburtsk., t. V. 1^e partie).
- 55** 1831 SCHNEIDER. — Journal de Siebold, t. XI.
- 56** 1831 PERROTTON. — Un cas de tumeur sanguine de la vulve. Tribune médicale, p. 33.
- 57** 1832 HERVEZ DE CHÉGOIN. — Journ. univ. de méd. de Paris, t. VIII, p. 375.
- 58** 1832 RATHELOT. — Précis des travaux de la Soc. de méd. de Dijon, p. 108.
- 59** 1832 PINGEON. — Arch. de médec., 1^e série, t. XXX, p. 410.
- 60** 1833 BOIVIN ET DUGÈS. — Traité d'accouchements. t. II, p. 639.
- 61** 1833 VELPEAU. — Thèse de concours.
- 62** 1834 STENDEL. — Gaz. méd. de Paris, p. 330.
- 63** 1834 ELSÆSER. — Gaz. méd. de Paris, p. 744.
- 64** 1834 EBERT. — Archiv. de méd., t. V, p. 160.
- 65** 1834 FOULHIOUX. — Gaz. méd. de Paris, 771.
- 66** 1834 GREULING. — Hématome de la vulve, p. 171, Coblentz.
- 67** 1834 NÆGELÉ. — Plusieurs cas d'hématome des organes génitaux externes de la femme (Annal. cliniq. d'Heidelberg, p. 417).
- 68** 1834 WALDMANN. — Hématome de la vulve, au passage de la tête (Annal. cliniq. d'Heidelberg, p. 421).

N°
d'ordre Années

- 69** 1834 VOGELMANN. — Hématome de la vulve (Ann. clin. d'Heidelberg, p. 421).
- 70** 1835 MARTIN. — Mémoires de médecine et de chirurgie, p. 344, Paris.
- 71** 1835 HAASE. — Neues Zeitschr. f. Geburtsk.
- 72** 1836 BURGER. — Neues Zeitschr. f. Geburtsk.
- 73** 1837 FIEDLER. — Effusio sanguinis in genitalia muliebria externa. Francfort-sur-Mein.
- 74** 1837 ROUX. — Collection sanguine dans l'épaisseur de la grande lèvre droite (Gazette des hôpitaux, p. 291).
- 75** 1843 DUBOIS. — Bulletin de thérapeutique, t. XXIV, p. 459.
- 76** 1843 HESSE D'EMMERICH. — Journ. de chir., t. I, p. 345.
- 77** 1843 BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, t. X, p. 391.
- 78** 1844 GODEFROY. — Thérapeutique du thrombus vulvaire (Journ. des connaiss. méd.-chir., p. 105).
- 79** 1844 RAU. — Un cas d'hématome de la vulve, pendant l'accouchement (Ann. clin. d'Heidelberg, p. 453).
- 80** 1845 BOULONGNE. — Thrombus vulvo-périnéal (Journ. des conn. méd.-chir., p. 103).
- 81** 1846 JACQUEMIER. — Manuel d'accouchements, t. II, p. 316.
- 82** 1846 LUBANSKI. — Neues Zeitschr. f. Geburtsk., t. XX.
- 83** 1846 CAZEAUX. — Rev. méd.-chir., p. 65.
- 84** 1846 BRÉMOND. — Réflexions sur un cas grave de thrombus de la vulve (Journ. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier, p. 291).
- 85** 1846 E. DUMAS. — Un cas de thrombus de la vulve (Journ. de Soc. de méd. prat. de Montpellier, p. 296).
- 86** 1846 VELPEAU. — Art. Thrombus du *Dict. en 30 vol.* — Traité d'accouchements.
- 87** 1846 KIWISCH. — Principes d'accouchements.
- 88** 1848 NAVAS. — Bulletin de thérapeutique, t. XXXV, p. 41.
- 89** 1848 GENTH. — Neues Zeitschr. f. Geburtsk., t. XXIV.
- 90** 1848 TRACY. — Hématome de la vulve (Boston Med. a. Surg. Journ., p. 197).
- 91** 1848 WIFFELS. — Rev. méd.-chir., t. IV, p. 370.
- 92** 1850 RODGERS. — Un cas d'hématome de la vulve pendant le travail (New-Jersey Med. Report. Burlington, p. 174).
- 93** 1850 M^{me} RENARD. — Union médicale, décembre.

N°
d'ordre Année

- 94** 1850 RÖCKER. — Un cas d'hématome volumineux de la vulve, survenu au moment de l'accouchement (Archiv. f. Gynæc., p. 294).
- 95** 1850 JUMNÉ. — Rev. méd.-chir., t. VII, p. 112.
- 96** 1850 FABRE. — Rev. méd.-chir., t. VII, p. 173.
- 97** 1851 MONTGOMERY. — Du thrombus qui se montre pendant l'accouchement (Arch. gén. de méd., juin).
- 98** 1852 SUDD PAINTER. — Thrombus des grandes lèvres (Medic. Times, p. 186).
- 99** 1853 RAMSBOTHAM. — Medic. Times, octobre.
- 100** 1853 BLOT. — Du thrombus de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement (Th. agrég., Paris).
- 101** 1854 GRIFFIN. — Hématome de la vulve (Boston Med. a. Surg. Journ., p. 314).
- 102** 1854 TUBBESING. — Hématome de la vulve et du vagin (Org. f. d. Gesund. Heilk. Aachen., p. 208).
- 103** 1855 LEVER. — Tumeur sanguine après la délivrance (Guys Hosp. Report. Londres, p. 118).
- 104** 1855 RÉCAMIER. — Journ. de méd. et chir. prat., octobre.
- 105** 1857 POPULUS. — Thrombus de la vulve et du vagin, pendant la grossesse et l'accouchement (Th. Paris, n° 246).
- 106** 1857 NUSSER. — Thrombus vulvaire au 7^e mois de la grossesse (Gazette médicale autrichienne de Vienne, p. 521).
- 107** 1858 SCANZONI. — Traite de gynécologie, Paris.
- 108** 1858 WOODWORTH. — Un cas de thrombus de la vulve (Cincinnati, Lancet, p. 271).
- 109** 1858 VAUCLIN. — Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement (Th. Paris. n° 21).
- 110** 1858 AMAND. — Un cas de thrombus du vagin (Bullet. de la Soc. de méd. de Gand, p. 48).
- 111** 1859 HATCH. — Un cas de thrombus du vagin (New-York Journal, p. 163).
- 112** 1859 GILMOUR. — Un cas d'hématome de la vulve (Lancet, p. 184).
- 113** 1860 LABORIE. — Histoire du thrombus de la vulve et du vagin, spécialement après l'accouchement, considérations anatomiques et traitement (Bull. Ac. de Méd., t. XXVI).

- | | N°
d'ordre | Année | |
|-----|---------------|-----------------------|--|
| 114 | 1860 | STORER | — Un cas de thrombus énorme de la vulve pendant le travail ; rupture et mort avant la délivrance (Boston Med. a. Surg. Journ, p. 321). |
| 115 | 1861 | BRAUN. | — Wiener Medic. Wochenschrift. |
| 116 | 1862 | FLEUSSU. | — Thrombus de la vulve (Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège, p. 168). |
| 117 | 1863 | BOSSI. | — Un cas d'hématome du vagin après un accouchement triple (Arch. autrich. de Vienne, p. 280). |
| 118 | 1863 | MURRAY. | — Hématome de la vulve, rupture, guérison (Lancet, p. 118). |
| 119 | 1864 | PERRET. | — Des tumeurs sanguines intra-pelviennes, pendant la grossesse et l'accouchement (Th. Paris, n° 216). |
| 120 | 1865 | HUGENBERGER. | — Archiv. de méd. de Saint-Pétersbourg, t. IX). |
| 121 | 1866 | ALIBRAN. | — Du thrombus de la vulve et du vagin dans l'état puerpéral (Th. Strasbourg). |
| 122 | 1867 | VON FRANQUÉ. | — Deux cas de thrombus vulvaire (Presse médicale viennoise, n° 47). |
| 123 | 1867 | CAZEAUX. | — Traité d'accouchements, 7 ^e éd., p. 693. |
| 124 | 1867 | SCANZONI. | — Traité d'ostétriq.ue. |
| 125 | 1869 | ALLING. | — Thrombus de la vulve après la délivrance, hémorragie considérable, guérison (Lancet, p. 233). |
| 126 | 1870 | HERVIEUX. | — Traité clinique et pratique des maladies puerpérales suites de couches, Paris. |
| 127 | 1870 | FLÖGL. | — Thrombus de la vulve chez une primipare (Presse médic. viennoise, n° 25). |
| 128 | 1870 | BARKER. | — Thrombus de la vulve (Med. Rec. New-York, p. 294). |
| 129 | 1870 | MAC-BURNEY. | — Hématome de la vulve (Med. Rec. New-York, p. 329). |
| 130 | 1870 | JOHNSTON et SINCLAIR. | — Practical midwifery, p. 489. |
| 131 | 1870 | COLLINS. | — Practical midwifery, p. 147. |
| 132 | 1871 | VALENTA. | — Thrombus de la vulve et du vagin (Memorabil. Heilbr., p. 129). |
| 133 | 1872 | GRIFFON. | — Thrombus de la vulve et du vagin (Th. Paris, n° 60). |

N°
d'ordre Année

- 134** 1872 GODSON. — Hématome du vagin (Proc. Med. Soc. Londres).
- 135** 1872 SLOMAN. — Hématome de la vulve (Lancet, p. 247).
- 136** 1872 CUSHING. — Boston Med. a. Surg. Journal, déc., p. 396.
- 137** 1872 D'ESPINE. — Arch. gén. de méd., février, p. 174).
- 138** 1872 GALLAND. — Un cas de thrombus du vagin (Compte rendu de la Soc. obst. de Londres, t. XIV).
- 139** 1873 JAMES. — Compte rendu de la Soc. obst. de Londres, t. XIV.
- 140** 1873 PORRO. — Gazette médicale de Lombardie.
- 141** 1874 PETIT. — Annales de gynécologie, p. 72.
- 142** 1874 GIRARD. — Du thrombus de la vulve et du vagin, dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement (Th. Paris).
- 143** 1874 KUHN. — Thèse de Zurich.
- 144** 1874 BAILLY. — Archives de tocologie, p. 572.
- 145** 1874 VERGELY. — Bordeaux-médical, n° 50.
- 146** 1875 WERNICH. — Zeitsch. f. Gynæk. u. Geburtsk., p. 126.
- 147** 1875 SINCLAIR. — Thrombus vulvaire (Gaz. méd., Dublin, p. 18).
- 148** 1875 ROBUCHON. — Thrombus de la vulve, rupture pendant l'accouchement, hémorragie grave (Gaz. des hôp., p. 160).
- 149** 1875 CANIVET. — Hématome de la vulve (Bull. de la Soc. anat. Paris, p. 440).
- 150** 1876 COMEGYS. — Un cas de thrombus hémorragique (Cincinnati. Lancet a. observations, p. 1084).
- 151** 1876 INGHAM. — Un cas d'hématome de la vulve pendant le travail (Amer. Jour. obst., p. 328).
- 152** 1876 PARRY. — Un cas de thrombus de la grossesse (Am. Journ. obst., p. 329).
- 153** 1886 FEHLING. — Hématome pédiculé du vagin (Arch. f. Gynœc., t. X, p. 193).
- 154** 1886 URIBE (D'). — Étude sur les causes et le mécanisme des hémorragies interstitielles des organes génitaux de la femme (Th. Paris).
- 155** 1876 KONRAD. — De l'Hématome de la vulve et du vagin pendant la grossesse, le travail et le post-partum (Buda-Pesth, p. 194).

N°
d'ordre Année

- 156** 1877 BEIGEL. — Un cas d'hématome de la grande lèvre gauche, p. 377.
- 157** 1877 JOHANNOWSKY. — Hématome pédiculé du vagin au cinquième mois de la grossesse (Arch. f. Gynæk., p. 375).
- 158** 1877 NETZEL. — Deux cas d'hématome de la vulve (Hygieia, Stockholm, p. 145).
- 159** 1878 ZUCHER. — Thrombus du vagin (Wiener medic. Wochenschrift, n° 52).
- 160** 1878 LEBEDEFF. — Compte rendu de la maison d'accouchements de Pokrowa, à St-Pétersbourg.
- 161** 1878 BENJAMIN. — Trois cas d'hématome de la vulve (Med. Rec. N. Y., p. 109).
- 162** 1878 ALBERTS. — Contribution à l'étude de l'hématome des organes génitaux de la femme (Deutsch. medic. Wochenschr., p. 61).
- 163** 1879 HILDEBRANDT. — Maladies des organes génitaux externes de la femme.
- 164** 1879 BORONOW. — Schmidts Jahrbuch.
- 165** 1879 ROSSOW. — Centralblatt f. Gynæk.
- 166** 1879 CAZIN. — Mémoire sur les varices de la femme enceinte.
- 167** 1879 BEHRENDT. — Hématome de la vulve (Brit. Med. Journ., p. 546).
- 168** 1879 CULLINGWORTH. — Thrombus de la vulve et du vagin, évacuation, guérison (Obstetr. Journ. Gr. Brit., p. 438).
- 169** 1879 SAVERY. — Thrombus de la vulve (Amer. Journ. Obst.).
- 170** 1879 WECKBECKER. — Thrombus des organes génitaux externes de la femme (Gaz. méd. de Munich, p. 127).
- 171** 1880 MONTGOMERY. — Un cas de thrombus vulvo-vaginal avec autopsie (Gaz. de Philadelphie, janvier, p. 23).
- 172** 1880 BUDIN. — Des varices chez la femme enceinte (Th. agrég. Paris).
- 173** 1880 PARTRIDGE. — Deux cas d'hématome de la vulve, avec interruption de la grossesse; incision (New-York med. Journ., p. 20).
- 174** 1880 GAILEY. — Hématome de la vulve (Med. a. Surg. Report Philad., p. 247).

N°
d'ordre Année

- 175** 1880 LEWI. — Thrombus de la vulve (Medic. Ann. Albany).
176 1880 MAXWELL. — Un cas de thrombus du vagin (Med. a. Surg. Report. Philad., p. 128).
177 1881 CHURCHILL et LEBLOND. — Traité de gynécologie. Paris, p. 867).
178 1881 AMANN. — Clinique des maladies puerpérales suites de couches (en russe).
179 1881 N..... — Schmidts Jahrbuch.
180 1881 HECKER. — Observations et recherches de la clinique d'accouchements de Munich, de 1859 à 1879.
181 1881 FUQUA. — Hématome de la vulve (Louisville Med. News, p. 293).
182 1881 STOCKER. — Correspond. Blatt. f. Schweiz. Aerzte, juillet.
183 1881 KORMANN. — Rupture d'un gros hématome de la vulve pendant la période de dilatation, chez une multipare (douzième grossesse). (Mémoire, p. 334).
164 1881 REICH. — Un cas d'hématome pédiculé du vagin (Centralbl. f. Gynæk., p. 167).
185 1882 SPIEGELBERG. — Manuel d'accouchements.
186 1882 WINCKEL. — Pathologie et thérapeutique puerpérales.
187 1882 GRAMMATIKATI. — Journal de la maison d'accouchements de Pokrowa, à Saint-Petersbourg.
188 1882 CORNILLON. — Accidents des plaies pendant la grossesse et l'état puerpéral (Th. Paris).
189 1882 CHARLES. — Thrombus du vagin après un accouchement à terme (Journ. d'accouch. Liège, p. 169).
190 1882 CHÉRON. — Revue des maladies des femmes, juin, p. 313.
191 1883 FURST. — Faits cliniques (Vienne).
192 1883 CHARPENTIER. — Traité d'accouchements, t. II, p. 241.
193 1883 NOBLES. — Hématome de la vulve (Bull. méd. Philad., p. 37).
194 1883 WENNING. — Hématome de la vulve (Gaz. obst. Cincinnati., p. 617).
195 1883 DOLÉRIS. — Art. Thrombus (Diet. Jaccoud).
196 1884 M^{me} SASONOFF. — Annales de gynécologie, décembre.
197 1884 SCHENCK. — Thrombus du vagin (Courr. médic. de Saint-Louis, p. 353).

- | N°
d'ordre | Année | |
|---------------|-------|---|
| 198 | 1884 | STEIGER. — Deux cas d'hématome du vagin (Correspond. Blatt f. Schweiz. Aerzte, p. 267). |
| 199 | 1885 | VON JOSCH. — Hématome compliqué de la vulve (Wien. medic. Presse, n° 14). |
| 200 | 1886 | FLEISCHMANN. — Un cas d'hématome du vagin pendant la grossesse (Gaz. méd. de Prague, p. 341). |
| 201 | 1886 | ROCHE. — Des hémorragies de l'accouchement qui ont leur origine en dehors du corps de l'utérus (Th. Paris). |
| 202 | 1886 | CROOM. — De l'étiologie de l'hématome vaginal survenant pendant le travail (Edimb. Med. Journal, mai). |
| 203 | 1886 | DILL. — Thrombus puerpéral des grandes lèvres (Tr. Acad. Ireland. Dublin, p. 247). |
| 204 | 1886 | LWOFF. — De l'hématome de la vulve et du vagin (Zeitschr. f. Geburtsk. u. Gynæk., p. 135). |
| 205 | 1887 | PARKER. — Thrombus de la lèvre et du vagin (Brit. Med. Journ., 28 mai). |
| 206 | 1887 | BUDIN. — Un cas singulier de thrombus du vagin pendant la grossesse (Courrier médical, p. 280. — Union médicale, 23 juin). |
| 207 | 1887 | GRYNFELTT. — Thrombus de la vulve et du vagin (Gaz. hebdom. de Montpellier, octobre). |
| 208 | 1887 | BASTAKI. — Thrombus de la vulve pendant la grossesse (Archiv. roumain. de méd. et chir., sept. n° 2, p. 112). |
| 209 | 1888 | COULHON. — Thrombus vulvo-vaginal volumineux (Gaz. Hôp., 25 oct.). |
| 210 | 1888 | PERREYMOND. — Thrombus puerpéral de la vulve et du vagin (Ann. de gynéc., février). |
| 210 | 1889 | EHRENDORFER. — Un cas d'hématome de la vulve pendant la grossesse (Arch. f. Gynæk., t. XXIV, 1 ^{re} partie). |
| 212 | 1889 | WRIGHT. — Hématome de la vulve et du vagin (Journ. méd. de Montréal, p. 337). |
| 213 | 1890 | CHAINTE. — Thrombus intra-vaginaux (Lyon médical 12 janvier). |
| 214 | 1890 | LOVIOT. — Thrombus chez une hémophile, embolie pulmonaire, guérison (Bull. de la Soc. obst. et gyn. de Paris, 13 mars). — Double Thrombus hyméno-vaginal pendant la grossesse (Ibid., 9 octobre). |

N°
d'ordre Année

- 215** 1890 VINCENT. — Traitement opératoire du thrombus vaginal (Soc. nat. de méd. de Lyon, 3 nov.).
- 216** 1890 AUVARD. — Thrombus pédiculé du vagin pendant la grossesse (Arch. de toc., p. 789).
- 217** 1890 BREISKY. — Manuel de gynécologie.
- 218** 1890 DECIO. — Deux cas d'hématome vulvo-vaginal (Ann. di obstetr. é Ginec., févr.).
- 219** 1891 GRANDIN. — Un cas d'hématome puerpéral du vagin (Am. Journ. obst., t. XXIV, p. 861).
- 220** 1891 FEDOROFF. — Un cas d'hématome du vagin pendant la grossesse (Journ. de Saint-Pétersbourg, p. 992).
- 221** 1891 BROOKS. — Maryland Med. Journ., t. XXVI, p. 375.
- 222** 1892 JUSTO. — Thrombus pédiculé du vagin (Ann. méd. de la Rép. Argent., mai).
- 223** 1892 CHAZAN. — Hématome du vagin et des organes génitaux externes (Akuscherka Briansk., p. 91).
- 224** 1892 GROSSER. — De l'hématome vaginal (Halle).
- 225** 1892 MANN. — Hématome de la vulve (Lancet, t. I, p. 310).
- 226** 1893 MURRAY. — Hématome de la vulve (Am. Journ. obst., t. XXVIII, p. 226).
- 227** 1893 CALVO. — Thrombus de la vulve et du vagin (Rev. méd. de Bogota, p. 60).
- 228** 1893 ROBINSON. — Un cas d'hématome de la vulve (Med. Rec. N. Y., p. 719).
- 229** 1893 HUININK. — Faits cliniques (Rev. holland. de Gynéc., t. IV).
- 230** 1894 CHEVELEFF. — Hématome de la vulve (Communic. à la Soc. de l'hôp. militaire de Kieff. *In* Rép. univ. d'obst., et Gynéc juillet).
- 231** 1894 GOLDBERG. — Un cas d'hématome de la vulve et du vagin post-partum (Centralbl. f. Gynæk., 28 juillet).
- 232** 1894 SCHREIBER. — Hématome vulvo-vaginal (Gaz. hebd. medic. de la Russie méridion., 12 et 13. (*In* Répert. univ. d'obs. et gyn.).
-

TABLE ALPHABÉTIQUE

PAR NOMS D'AUTEURS

A		C		Dugès..... 60	
Alberts.....	102	Calvo.....	227	Dumas.....	85
Alibras.....	121	Canivet.....	149	D'Uribe.....	154
Alix.....	13	Casaubon..	28	E	
Alling.....	125	Cazeaux....	83, 123	Ebert.....	64
Amand.....	110	Cazin.....	166	Ehrendorfer....	211
Amann.....	178	Chaintre....	213	Elsæser.....	63
Audibert.....	37	Charles.....	189	F	
Auvard.....	216	Charpentier....	192	Fabre.....	96
B		Chaussier.....	44	Fedoroff.....	220
Bailly.....	144	Chazan.....	223	Fehling.....	153
Barbault.....	14	Chéron.....	190	Fichet de Fléchy.	12
Barker.....	128	Cheveleff....	230	Fiedler.....	73
Bastaki.....	208	Churchill....	177	Fleischmann....	200
Baudelocque..	22, 26	Collins.....	131	Fleussu.....	116
Behrendt.....	167	Comegys.....	150	Flögl.....	127
Beigel.....	156	Cornillon....	188	Formi.....	6
Benjamin.....	161	Coulhon.....	209	Foulhioux.....	65
Berdot.....	38	Coutouly....	34	Fuqua.....	181
Blagden.....	32	Croom.....	202	Furst.....	191
Blot.....	100	Cullingworth....	168	G	
Boër.....	36	Cushing... ..	136	Gailey.....	174
Boivin.....	60	D		Galland.....	138
Boronow.....	164	Decio.....	218	Genth.....	89
Bossi.....	117	Deleurye....	17	Gilmour.....	112
Boulongne....	80	Delius.....	9	Girard.....	142
Boyer.....	77	Deneux.....	50	Godefroy.....	78
Braun.....	115	Denmann....	30	Godson.....	134
Breisky.....	218	D'Espine....	137	Goldberg.....	231
Brémond.....	84	Deweese.....	48	Grammatikati..	187
Brooks.....	221	Dill.....	203	Grandin.....	219
Budin.....	171, 205	Dolérès.....	195	Greuling.....	66
Burger.....	72	Doudement....	46		
Burns.....	39	Dubois.....	75		

Griffin.....	101	Lebedeff.....	160	Petit.....	141
Griffon.....	133	Leblond.....	177	Peu.....	4
Grosser.....	224	Ledran.....	10	Peyrilhe.....	21
Grynfeldt.....	207	Legouais.....	41	Pingeon.....	59
Guild.....	49	Lentin.....	20	Populus.....	105
H		Lever.....	103	Porro.....	140
Haase.....	71	Lewi.....	174	Pudd-Painter...	98
Hatch.....	111	Loviot.....	213	Puzos.....	11
Hecker.....	180	Lubanski.....	82	R	
Hendrie.....	53	Lwoff.....	204	Ramsbotham.....	99
Hervez.....	57	M		Rathelot.....	58
Hervieux.....	126	Macbride.....	16	Rau.....	79
Hesse d'Emme-		Mac-Burney....	129	Récamier.....	104
rich.....	76	Maitland.....	18	Reeve.....	24
Hildebrandt....	163	Mann.....	225	Reich.....	184
Hippocrate.....	1	Martin.....	70	Renard.....	93
Hugenberger....	120	Massot.....	51	Robinson.....	228
Huinink.....	229	Mauriceau.....	5	Robuchon.....	149
I		Maxwell.....	176	Roche.....	201
Iøerg.....	33	Meissner.....	54	Röcker.....	94
Ingham.....	151	Montgomery...	97, 171	Rodgers.....	92
Ingleby.....	40	Murray....	118, 226	Rossow.....	165
Iohannowsky...	157	N		Roux.....	74
J		Nægelé.....	67	Rueff.....	2
Jacquemier....	81	Navas.....	88	S	
James.....	139	Netzel.....	158	Sasonoff.....	196
Johnston.....	130	Nobles.....	193	Savery.....	169
Jummé.....	95	Nusser.....	106	Scanzoni...	107, 124
Justo.....	222	O		Schenck.....	197
K		Osgood.....	35	Schneider.....	55
Kiwisch.....	87	Osiander.....	23	Schreiber.....	232
Konrad.....	155	P		Sédillot.....	27
Kormann.....	183	Pacull.....	31	Seulen.....	52
Kronauer.....	8	Parker.....	205	Siebenhaar.....	43
Kuhn.....	143	Parry.....	152	Siebold.....	29
L		Partridge.....	173	Sinclair....	130, 147
Laborie.....	113	Perret.....	119	Sloman.....	135
Lachapelle.....	42	Perreymond....	210	Spiegelberg....	185
		Perrotton.....	56	Spier.....	19
				Steiger.....	198
				Stendel.....	62
				Stocker.....	182
				Storer.....	114

T		Velpeau..... 61, 86	Wenning..... 194	
Tracy.....	90	Vergely..... 145	Wernich..... 146	
Trumper.....	47	Veslingius..... 3	Wiffels..... 91	
Tubbesing.....	102	Vincent..... 215	Winckel... .. 186	
V		Vingtrinier..... 45	Woodworth..... 108	
Valenta.....	132	Vogelmann..... 69	Wright..... 212	
Van der Wiel..	7	Von Franqué... 122	Z	
Vaclin.....	109	Von Josch..... 199	Zeller.....	25
		Waldmann..... 68	Zucher.....	159
		Weckbecker.... 170		

Vu et permis d'imprimer :
 Montpellier, le 20 octobre 1894.
Pour le Recteur empêché,
 L'Inspecteur d'Académie délégué,
 J. YON.

Vu :
 Montpellier, le 19 octobre 1894.
Le Doyen,
 MAIRET.

TABLE DES MATIERES

PRÉAMBULE	v
-----------------	---

PREMIÈRE PARTIE

Définition	7
Historique	8
Fréquence	11
Étiologie: <i>a</i> , causes prédisposantes.....	15
<i>b</i> , causes déterminantes.....	15
Pathogénie.....	23
Anatomie pathologique	25
Symptomatologie: <i>a</i> , locale.....	30
<i>b</i> , générale.....	34
Époque d'apparition	34
Marche et terminaison	35
Complications	38
Diagnostic	40
Pronostic	42
Traitement: <i>a</i> , prophylactique	44
<i>b</i> , curatif.....	44
Conclusions	51

DEUXIÈME PARTIE

Observations: <i>a</i> , publiées de 1884 à 1894.....	52
<i>b</i> , inédites.....	71
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE CHRONOLOGIQUE.....	75
TABLE ALPHABÉTIQUE PAR NOMS D'AUTEURS.....	87

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
